



LIBROS

X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población.

Ana Lía Kornblit, Ana Clara Camarotti y Martín Güelman

Teseo, Buenos Aires, 2015

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



**X JORNADAS NACIONALES DE DEBATE
INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN**

X JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

Ana Lía Kornblit, Ana Clara Camarotti y
Martín Güelman



ISBN: 9789502914893

Compaginado desde TeseoPress (www.teseopress.com)

ExLibrisTeseoPress 1629414004. Sólo para uso personal
teseopress.com

Índice

Introducción	9
<i>Ana Lía Kornblit, Ana Clara Camarotti y Martín Güelman</i>	
1. Experiencias alternativas de gestión y formación en el campo de la salud.....	19
<i>Mario Róvere</i>	
2. Tensiones y desafíos en las relaciones entre salud y comunicación	39
<i>María Marcela Bottinelli</i>	
3. Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud	77
<i>Ianina Lois</i>	
4. El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013.....	101
<i>Claudia Danani y Estela Grassi</i>	
5. Aspectos sociales del envejecimiento demográfico y los cuidados.....	145
<i>Elsa López, Liliana Findling, Paula Lehner y Silvia Mario</i>	
6. Comentario a la ponencia de Elsa López, Liliana Findling, María Paula Lehner y Silvia Mario	189
<i>Pilar Arcidiácono</i>	
7. La salud de las ciencias sociales de la salud	211
<i>Emiliano Galende</i>	
8. La socialidad del estetoscopio	239
<i>Lucía Ariza</i>	

Introducción

ANA LÍA KORNBLIT, ANA CLARA CAMAROTTI Y MARTÍN GÜELMAN

Las Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población son el evento más importante organizado por el Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Las mismas se realizan cada dos años y reúnen a investigadoras, investigadores y profesionales del campo de las ciencias sociales y la salud de Argentina y Latinoamérica.

Las X Jornadas tuvieron una modalidad de trabajo diferente respecto de la adoptada tradicionalmente. Con el propósito de poner el debate y el intercambio de ideas y opiniones en primer plano, optamos por la realización de seis talleres temáticos. Los mismos contaron con prestigiosos expositores, comentaristas y asistentes. A continuación describimos brevemente cuáles fueron las inquietudes e interrogantes que subyacían en cada uno de ellos:

Taller 1

Experiencias alternativas de gestión y formación en el campo de la salud: caminos recorridos, principales conflictos y desafíos pendientes

En las últimas cinco décadas se instalaron en el campo latinoamericano de la salud posicionamientos teórico-políticos que reflexionaron sobre formas alternativas de intervenir en las prácticas concretas. Nos referimos a los paradigmas de la salud colectiva, la medicina social latinoamericana, la promoción de la salud, la epidemiología crítica, la antropología médica crítica y la psicología comunitaria. Los mismos han venido cuestionando las formas tradicionales en que se

piensa la salud pública y sus prácticas, a la vez que buscaron comprender y actuar sobre la salud y la vida, tomando en cuenta la diversidad de actores sociales y culturas y otorgando mayor peso a la acción colectiva.

La finalidad de esta mesa-debate fue poner en diálogo distintas experiencias que se están desarrollando en la Argentina de principios del siglo XXI vinculadas con estos, ya no tan nuevos, enfoques de salud, tanto en la formación de cuadros profesionales como en la gestión de instituciones. La propuesta fue analizar los caminos recorridos, las lecciones aprendidas y los conflictos entre actores, prestando especial atención a las dificultades que adquieren a la hora de implementarse. El taller se propuso que el expositor, los comentaristas y los asistentes contribuyeran a la conformación de una agenda político-sanitaria remarcando los desafíos pendientes.

El taller fue coordinado por el Dr. Alejandro Capriati, la Dra. Ana Clara Camarotti, la Dra. Gabriela Wald y la Lic. Silvia Tapia. La exposición estuvo a cargo del Dr. Mario Róvere, cuya ponencia se encuentra editada en esta publicación. Los comentaristas invitados fueron la Lic. María Andrea Dakessian, el Lic. Sebastián Peresin y la Dra. Rose-ni Pinheiro.

Taller 2

Los vínculos ambiguos y contradictorios entre salud, sexualidad y reproducción. Aspectos epistemológicos, teóricos y políticos

Desde su institucionalización la salud sexual y reproductiva ha dado lugar a numerosos interrogantes entre los que figuran: cuáles son los vínculos entre los tres componentes y qué significan en su conjunto y separadamente. Más allá de que estos interrogantes resultan, en lo fundamental, teóricos y epistemológicos, su vínculo político resulta indiscutible.

De allí que la problematización en torno de las vinculaciones entre salud, sexualidad y reproducción haya sido constante desde el campo académico y desde el campo político. Se ha cuestionado teóricamente qué significa y qué políticas implican estos términos, así como a qué sujetos interpelan. Históricamente ha tendido a pensarse la sexualidad en términos masculinos, en general por fuera del sistema médico y la reproducción en términos femeninos y de un modo altamente medicalizado.

Los cuerpos sanos o enfermos, las sexualidades hegemónicas o no, las procreaciones deseadas, planificadas y los abortos-en su mayor parte clandestinos- no son procesos naturales y las políticas tendientes a reforzar, legitimar e incluso legalizar alguna de las aristas de las antinomias posibles no son neutrales: dependen de posiciones políticas, ideológicas, religiosas y éticas en relación con aquellos y aquellas a quienes socialmente consideramos ciudadanos con derecho a vincularse sexual, erótica, afectivamente e incluso en términos de reproducción de la especie.

Más allá de los logros alcanzados en su nombre, veinte años después de su internacionalización vía las conferencias de El Cairo y Beijing, quizás sea el momento de reflexionar qué obstáculos y potencialidades tiene en términos sociales y políticos la “salud sexual y reproductiva”. ¿Ha llegado el momento de proclamar el divorcio entre salud sexual y salud reproductiva? ¿Qué implicaría en términos teóricos y de políticas públicas? ¿Bastaría con ese cambio para generar políticas inclusivas en términos de sexualidad, procreación, aborto y mater-paternidades?

Con ese telón de fondo, hemos elegido para el debate dos temas: Aborto y Nuevas Tecnologías de Reproducción (NTR). ¿Por qué no se ha legalizado aún el aborto en Argentina? ¿Qué posibilidades y desafíos implica la ley de NTR recientemente aprobada en nuestro país?

El taller fue coordinado por el Lic. Sebastián Sustas, la Lic. Ana Mines y la Dra. Josefina Brown. La exposición estuvo a cargo de la Mag. Paola Bergallo y la Dra. Florencia Luna. Las comentaristas invitadas fueron la Dra. Lucía Ariza y la Dra. Sara Barrón López.

Las exposiciones de este taller no se incluyen en el presente documento.

Taller 3

Comunicación y salud

La comunicación sobre aspectos de la salud es una de las dimensiones de la promoción de la salud que ha sido poco abordada en los debates acerca las estrategias destinadas a mejorar la salud de la población. Más allá de que la mera información no es suficiente para lograr modificaciones en las prácticas de la salud que impliquen un mejor cuidado de la misma, poco se ha avanzado en relación con otros parámetros que pueden formar parte de la comunicación en salud. Esos otros aspectos poco explorados se vinculan con, por ejemplo: los cambios en la caracterización de la salud en la agenda pública; la comunicación de los derechos vinculados con la salud; Internet como factor de “democratización” de la relación profesionales de la salud-usuarios del sistema de salud; otros aspectos que deberían considerarse en la comunicación como herramienta del paradigma de la promoción de la salud; el espacio de la comunicación en las políticas públicas de salud; las lógicas de producción de la información por parte del periodismo y su influencia en la construcción social de la salud y la enfermedad.

El taller fue coordinado por la Dra. Ana Lía Kornblit, la Dra. María Pía Venturiello y la Lic. Leila Passerino. La exposición estuvo a cargo de la Mag. María Marcela Bottinelli y de la Lic. Ianina Lois. Las comentaristas invitadas fueron la Dra. Mónica Petracci, la Mag. Daniela Paola Bruno y la Lic. Valeria Román.

En el presente documento se incluyen las dos exposiciones mencionadas.

Taller 4

Política social y de salud: el balance de una década.

Avances y cuestiones pendientes, 2003-2013

La política social es un componente importante del bienestar y de las condiciones de vida de las personas y los conjuntos sociales, que se expresa y materializa en políticas sectoriales que comprenden la salud, la educación, el trabajo y la vivienda, entre otras. De acuerdo con algunos abordajes, la política social refleja aquellas cuestiones que un Estado y una sociedad en una determinada coyuntura histórico-política consideran cruciales para la reproducción social.

Tras la crisis política, económica y social de 2001, se produjo un crecimiento del gasto público social y un mayor énfasis en la formalización de los derechos laborales y de la seguridad social. Las medidas generales de reordenamiento económico redujeron considerablemente los niveles de desempleo y pobreza. La recuperación socioeconómica se manifestó en algunos indicadores de salud como el descenso de las tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna (aunque la mortalidad por aborto aún es elevada), así como en el aumento en el porcentaje de personas beneficiadas por la cobertura de salud de obras sociales y prepagas (fenómeno asociado al descenso del desempleo y a la incorporación de los trabajadores monotributistas). También creció el promedio de gasto total en salud, que no puede atribuirse exclusivamente al crecimiento del uso de los servicios de salud sino a variaciones en el valor de la moneda y/o a aumentos de precios de los productos y servicios.

A pesar de los avances mencionados, persisten fuertes inequidades en los indicadores sanitarios de la población de la Argentina a nivel nacional, regional y en el interior de las distintas jurisdicciones. Estas inequidades pueden atribuirse a una confluencia de factores de tipo estructural, como el

sistema federal del país y al desarrollo socioeconómico de cada región, así como a otros factores que marcaron la historia del sector salud, como el funcionamiento descentralizado, segmentado, fragmentado y desarticulado del sistema de salud, el deterioro de los servicios de salud en las últimas décadas y la débil presencia del Estado en el sector.

Luego de una década en la cual el Estado ha buscado volver al centro de la escena e intervenir en diferentes áreas sociales, y en un contexto actual que aún presenta grandes desafíos en materia de integración y protección social, se hace necesario hacer un balance acerca del rol del Estado en los últimos años para aportar a un debate que permita pensar en un modelo de salud más inclusivo, equitativo, participativo, transparente y universal.

El propósito del taller fue reflexionar en torno a los avances y las cuestiones pendientes en la política social en general y en las políticas de salud, en particular, a lo largo de la última década en la Argentina, así como los posibles cambios en las condiciones de vida y de salud de la población.

Fue coordinado por la Dra. Liliana Findling, la Dra. Marisa Ponce, la Mag. Paula Estrella, la Mag. María José Iñiguez y la Dra. Silvia Faraone. El taller contó con dos ponencias. La primera a cargo del Lic. Gonzalo Basile y la segunda de las Dras. Claudia Danani y Estela Grassi. La comentarista invitada fue la Lic. Magdalena Chiara.

En este documento se incluye la ponencia de las Dras. Danani y Grassi.

Taller 5

Aspectos sociales del envejecimiento demográfico y de los cuidados

Las consecuencias del crecimiento del porcentaje de población de 65 años o más son diversas y heterogéneas, porque esas personas tienen diferentes hábitos, actitudes, valores, condiciones de vida y de salud. No se trata de grupos sociales pese a que puedan compartir problemas colectivos.

El cuidado de las personas dependientes cobró relevancia luego de las profundas transformaciones demográficas que tuvieron como resultado el envejecimiento de la población, proceso que se acompañó de la persistencia de los roles tradicionales de género.

La provisión de cuidados en la sociedad se organiza generalmente en torno a la familia, el mercado, el Estado y las organizaciones no gubernamentales; estas actividades tienen fuertes consecuencias para los que acceden a cuidados y para aquellos que se encargan de cuidar. Pueden distinguirse dos tipos de cuidados: los institucionales, a cargo de organizaciones formales públicas y privadas que se relacionan con el proceso salud-enfermedad y los informales, que son fundamentalmente los apoyos familiares. La dedicación al cuidado no es equitativa para todas las mujeres sino que varía de acuerdo al momento del ciclo vital y la ubicación en la estructura social.

Los estudios orientados al cuidado de las personas mayores aportan conocimiento sobre este fenómeno y su vinculación con la vivienda, las pensiones o jubilaciones y las relaciones afectivas intra y extra familiares.

El menor número de miembros de las familias produce una disminución de aquellos que pueden dedicarse al cuidado, a lo que se le suma el fenómeno conocido como “envejecimiento dentro del envejecimiento” que se observa en la tercera edad cuidando a la cuarta y en las personas que viven solas. A ello se agrega la incorporación y permanencia de las mujeres en el mercado de trabajo, que las lleva a asumir tanto responsabilidades productivas como reproductivas.

Un recurso válido para analizar la organización del cuidado es el concepto de *itinerarios terapéuticos*, que trata de sondear en las búsquedas, decisiones, negociaciones y evaluaciones que las personas efectúan durante el proceso de vivir en sus contextos de relaciones sociales. Como el

cuidado se desarrolla principalmente en la esfera familiar, es allí donde se toman las decisiones sobre las estrategias para tratar la enfermedad y la búsqueda de cuidado.

Los objetivos del taller siguieron los siguientes ejes: a) el cambio en las dinámicas de envejecimiento de la población y las formas en que ha afectado a las familias y en especial a las mujeres; b) la generación de mayores demandas de prestaciones y su adecuación a las políticas según las necesidades de las personas por edad y situación sociosanitaria; c) el papel que juegan las instituciones formales de salud y de previsión social en los itinerarios terapéuticos en la esfera familiar, y d) las modalidades formales e informales de cuidado y el vínculo con cuidadores remunerados.

El taller fue coordinado por la Dra. Elsa López, la Dra. Liliana Findling y la Dra. María Paula Lehner. Contó con una ponencia redactada conjuntamente por la Dra. Elsa López, la Dra. Liliana Findling, la Dra. María Paula Lehner y la Mag. Silvia Mario. Las comentaristas invitadas fueron la Dra. María Julieta Oddone y la Dra. Pilar Arcidiácono.

En el presente documento se incluye la mencionada ponencia y los comentarios de la Dra. Arcidiácono.

Taller 6

La salud de las ciencias sociales de la salud: barreras y potencialidades político-epistemológicas para el trabajo interdisciplinario

La creciente incorporación de temáticas relacionadas con el proceso de salud-enfermedad-atención entre las principales preocupaciones teóricas y empíricas de las ciencias sociales ha redundado en las últimas décadas en la conformación y consolidación de subcampos de indagación que, como la sociología de la salud y la antropología médica, detentan en la actualidad un significativo peso al interior de sus disciplinas. Indicadores de esta tendencia son el aumento, en las últimas décadas, del número de científicos sociales, institutos, financiamientos de investigaciones, revistas especia-

lizadas e instancias de docencia y formación orientadas al estudio e intervención sobre estas cuestiones. No obstante, esta tendencia no supuso la plena incorporación de las ciencias sociales, y en particular de sus conceptos y profesionales, en la “mesa” de las problemáticas y políticas sanitarias.

El taller se propuso reflexionar con investigadores de distintas disciplinas que desde hace varios años vienen trabajando en estas temáticas, sobre las barreras y potencialidades político-epistemológicas del cruce entre las ciencias sociales y el campo de la salud en nuestro país.

Fue coordinado por el Dr. Pablo Francisco Di Leo, el Dr. Daniel Jones, el Lic. Martín Güelman y el Lic. Santiago Cunial. La exposición estuvo a cargo del Dr. Emiliano Galende. Los comentaristas invitados fueron el Dr. Mario Pecheny y la Dra. Lucía Ariza.

En el presente documento se incluye la mencionada ponencia y los comentarios de la Dra. Ariza.

Como comentario general de las X Jornadas podemos decir que la modalidad de trabajo elegida, si bien no permitió como en los anteriores encuentros la presentación libre de trabajos de los participantes, posibilitó un intercambio de ideas fecundo entre expositores, comentaristas y participantes en general. Esto implica avanzar en el debate en profundidad sobre algunos ejes del campo de la salud y lo social, con el desafío futuro de lograr síntesis sobre los mismos que puedan ser insumos para cambios y reorientaciones de las políticas y concepciones sobre las que hemos venido trabajando en el Área de Salud y Población desde hace más de 20 años. Esto implicaría un valioso broche a la actividad que hemos venido realizando. Los invitamos a acompañarnos en estos desafíos futuros.

Experiencias alternativas de gestión y formación en el campo de la salud

Caminos recorridos, principales conflictos y desafíos pendientes

MARIO RÓVERE

Comienzo agradeciendo esta oportunidad de preparar “un menú” para el debate del taller sobre un tema que resulta tan vigente como escasamente teorizado en el contexto de la formación de la fuerza laboral en salud.

La existencia de un conjunto de experiencias de gestión o programáticas en salud generalmente muy exigentes en reclamar capacitaciones contraculturales y/o el siempre esquivo deseo de reformatear las carreras de grado y posgrado a partir de las cuales se forman los profesionales de salud representan un cúmulo no siempre documentado y sistematizado y menos aún conectado a las discusiones paradigmáticas que le dieron origen.

Las reflexiones que compartiré requieren una serie de precisiones para dar crédito y poner en perspectiva las afirmaciones, comentarios y opiniones que aquí se verterán.

La principal es considerar que ha existido y existe un observatorio, un panóptico, una o varias instituciones con capacidad de agencia de tal forma que lo que ocurre con la formación dista mucho de ser espontáneo o fruto de la autorreflexión de los actores y menos aún de los docentes.

La segunda es que en alguna parte de mi trayectoria profesional conocí e incluso formé parte de alguna de esas estructuras, lo que no significa que hable por ellas, sino a partir de una lectura crítica y autocrítica que con casi dos décadas de perspectiva corre absolutamente por mi cuenta.

Para ello comenzaré por un simple ajuste de las líneas discursivas frecuentes sobre este campo, lo que puede ayudarnos a ser más precisos.

Me refiero a la idea que la educación de las profesiones de salud es “naturalmente” conservadora pero que algunas transgresiones, disrupciones, paradigmas, movimientos abren alguna brecha, no siempre sustentable, en esta corriente principal.

Para no parecer original en esta reflexión me remitiré a poner en escena a un autor e investigador que ilumina, como pocos, esta escena. Me refiero a Juan Cesar García (JCG) un pediatra argentino, que luego de realizar un posgrado en sociología en FLACSO Chile dedicó su vida profesional a explorar las potencialidades de la interacción entre ciencias sociales y salud.

Sin embargo, con un sentido estratégico, decide poner en foco el concepto de “Medicina Social”, un concepto limitado si se utiliza una interpretación literal, y si acaso no se comprende que se trata de una cita y que con su referencia JCG conecta el por entonces incipiente campo en fundación de las “ciencias sociales y salud” con la tradición europea que emerge con toda su fuerza en la segunda mitad del siglo XIX.

En la etapa en la que el capitalismo industrial no lograba ocultar los masivos costos sociales, ambientales y sanitarios (así, todos juntos) que produce con los procesos de migración nacional e internacional y las urbanizaciones masivas y caóticas, los médicos se incorporan y en algunos casos lideran las denuncias a este modo de producción con la misma firmeza que hoy observamos en organizaciones ecologistas.

Estas tendencias llegan también a EE. UU., a América Latina y a Argentina a través de la migración y de los largos períodos de formación “de posgrado” que los médicos de estas latitudes realizaban en Europa, especialmente en Francia. Así podemos observar el –ahora extraño– fenómeno de médicos fuertemente involucrados en política como los casos en Argentina entre otros de Guillermo Rawson, José Ramos Mejía, Cecilia Grierson, José Penna, Emilio Coni o Juan B. Justo.

Es allí en donde el capitalismo, o mejor dicho los capitalistas, van a reaccionar. Resulta interesante analizar cómo hace fortuna uno de los famosos “hombres que se hacen a sí mismos”: David Rockefeller, quien será uno de los primeros en detectar la capacidad de la innovación tecnológica para abrir nuevos mercados, la importancia de la estandarización industrial (“Standard Oil”) y lo vital de obtener el monopolio de un segmento de mercado no sustitutivo.

Tres principios fuertemente entrelazados, que poco parecen tener que ver con nuestro tema si no fuera porque en la época dorada de su vida, justo cuando se espera que la filantropía venga a limpiar la imagen de las barbaridades que se han hecho en la vida para amasar una fortuna; justo allí, aplicará estos tres principios a la educación médica.

Para ello nada mejor que crear una fundación y apelar a un profesor de secundaria disciplinado y disciplinador de origen alemán, hermano de un médico que ya estaba contratado por la Fundación y encargarle la “estandarización de la educación médica” (en una humorada “Standard physicians”), una operación que contará como siempre con apoyo estatal en un país en donde el financiamiento privado organizó buena parte de su sistema universitario.

Utilizando las herramientas combinadas de innovación tecnológica (la centralidad del laboratorio –especialmente de fisiología– en la educación médica para marcar la matriz cientificista del futuro médico), los estándares de calidad exigibles a las escuelas de medicina y el cierre de un alto número de escuelas de medicina que no se amoldaban a los

estándares por ellos mismos producidos (dejando además “casualmente” fuera del juego a aquellas instituciones que para la época formaban médicos afroamericanos o médicas mujeres), la Fundación Rockefeller logrará meter literalmente “en un frasco” a la medicina norteamericana.

Se abre allí un período de avances y resistencias, pero en poco más de tres décadas este modelo a fuerza de donaciones imposibles de rechazar logra extender su influencia a Europa y a América Latina haciendo de la “medicina flexneriana” (representada paradigmáticamente en la Argentina por Bernardo Houssay) la corriente hegemónica y por varias décadas la corriente incontestable de la educación profesional en salud.

De allí la importancia de comprender que la educación en salud no vive “naturalmente” dentro de un frasco –básicamente aislada de cualquier consideración social o ambiental– sino que allí ha sido colocada por una influyente y decidida operación cultural y financiera para prevenir que el conocimiento médico pueda poner en entredicho las formas, como un modo de producción que moldea las formas de enfermar, de discapacitarse o de morir de nuestras sociedades.

Resulta por demás ingenioso haber logrado que seamos los propios ciudadanos los que a través de nuestros consumos financiamos estas ingeniosas operaciones “filantrópicas”, como cuando vemos a la Fundación Bill y Melinda Gates formatear la “nueva salud global” o los mega-congresos médicos “generosamente” financiados por los laboratorios como si estos no obtuvieran sus holgados fondos de promoción de los sobreprecios de sus productos.

Vuelve a agigantarse entonces la figura de JCG por haber rescatado el “antiguo” concepto de Medicina Social, acuñado en 1848 al fragor de las luchas sociales y estudiantiles como el nombre de una revista impulsada por Rudolph Virchow ya desde estudiante de medicina, mien-

tras la por entonces dividida Alemania parecía resistir el pago en enfermedad y en vidas humanas que la revolución industrial ya se había cobrado en Inglaterra.

La incorporación de las cátedras de medicina preventiva y social a fines de los 60's iba a ser una de las estrategias preferidas combinando algunas de estas reflexiones con el maquillaje de la influyente construcción del modelo preventivo acuñado por Leavell y Clark pocos años antes en EE.UU. Con la evidente influencia de las –por entonces incontrolables– epidemias de poliomielitis.

Las facultades y escuelas de medicina prontamente esterilizaron esta brecha que se abría en el casco de una currícula acorazada, pasteurizando y domesticando con el adjetivo “médica” (psicología médica, antropología médica, etc.) los atisbos de pensamiento social que ingresaban por estas cátedras.

La tarea de JCG no era aislada sino que era más bien intensificada por un sustento institucional excepcional. Habiendo comenzado su tarea en Fundaciones norteamericanas a las que conoció por dentro, se va a incorporar a un entorno institucional por entonces ambivalente: la Organización Panamericana de la Salud.

En el contexto de la guerra fría esta organización había obtenido cierta autonomía de criterio. Estaba liderada por un sanitarista chileno: Abram Horwitz (convirtiéndose en el primer director no norteamericano de la OPS), y a pesar de la indudable influencia de los EE. UU en las organizaciones “panamericanistas”, se podía escudar en su carácter doble por ser una organización regional (en ese sentido vinculada a la OEA) y al mismo tiempo ser parte de un organismo de las Naciones Unidas como la OMS.

Fue justamente escudada en esta doble pertenencia que devino en la única organización del sistema interamericano que no desafilió a Cuba luego de la revolución.

Este entorno fue reforzado paradójicamente por el cumplimiento de un mandato de la Alianza para el Progreso, que con su ostensible énfasis en la educación generó man-

datos para sustentar un vigoroso programa de desarrollo de personal de salud, incluyendo la poco frecuente habilitación –para un organismo intergubernamental– de ser autorizado a establecer relaciones directas con Universidades en la región.

No se trataba simplemente de relacionarse con “otras instituciones”, sino para la época de una verdadera brecha por la que entraba aire fresco a un organismo internacional, ya que por entonces las universidades estaban fuertemente movilizadas por fenómenos como los de París(Mayo de 1968), Tlatelolco México(1968), el Cordobazo (1969) o los movimientos de California de 1967-1970, que emparentaban sólidamente las movilizaciones estudiantiles con las sociales y gremiales comenzando la enorme tarea –aún no concluida–de deconstruir los grandes relatos de los totalitarismos auto-legitimados sea por guerras frías o por globalizaciones.

Dos importantes consecuencias en el campo de la Educación médica van a surgir en esta época. La experiencia de la Universidad de Mc Master en Hamilton, Canadá y la de la UAM-Xochimilco en la Ciudad de México. Estas experiencias diferentes y complementarias entre sí tendrán en común el mérito de comenzar a contestar el modelo de educación médica flexneriana llevando al vector presente-futuro el debate de un modelo que por entonces sólo era resistido con una nostálgica apelación a un humanismo en retroceso, incluso dentro de la academia europea.

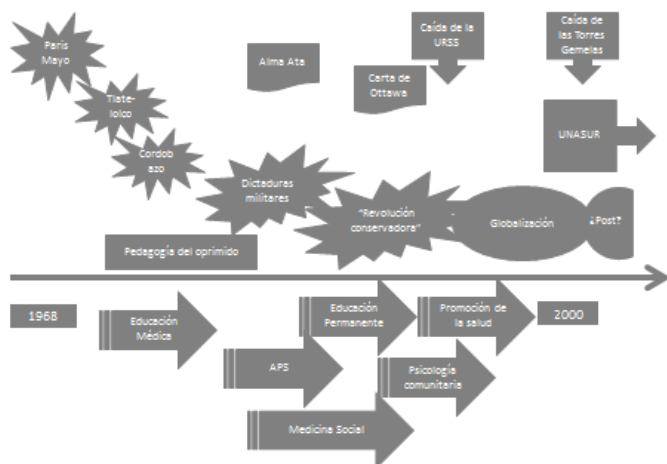
Es por esa brecha que se logra reabrir el debate de la educación en salud, una brecha que de un modo u otro logra influir en otras universidades a nivel latinoamericano y mundial hasta nuestros días.

El programa de desarrollo de personal de la OPS –llamado luego de desarrollo de recursos humanos– se transforma por las particulares condiciones institucionales ante-expuestas, no sólo en un observatorio privilegiado de “las travesuras” de las fundaciones norteamericanas sobre la educación médica –no sólo de la Rockefeller sino de otras

como la Milbank, la Kellogs, la Kaiser, la Carnegie—sino al mismo tiempo en un influyente agente de innovación en la formación de las profesiones de salud (básicamente medicina, enfermería, odontología, salud pública y técnicos en salud).

Para entonces JCG detecta también en la historia una temprana contradicción que fue promovida a fines del siglo XIX y principios del XX por la Argentina y que será explotada por esta unidad muchos años después. Me refiero a la tensión de conformar “asociaciones latinoamericanas” para contraponerse a las “organizaciones panamericanas”, que con el apoyo financiero de las Fundaciones solían configurarse fundamentalmente para funcionar como mecanismos de transferencia de dispositivos (en el pleno sentido de la palabra dispositivos como una poderosa combinación técnica e ideológica) desde el norte hacia el sur.

Así se logra promover la Asociación Latinoamericana de Educación Médica (ALAFEM) por contraposición a la Federación Panamericana de Educación Médica (FEPAFEM) y asociaciones similares de Enfermería (ALADEFE), de Odontología (OFEDO), de Salud Pública (ALAESPP) y de un modo diferente que ampliaré en seguida la propia Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).



Eran tiempos de constituir líneas de trabajo alternativas que permitieran a estas asociaciones construir una agenda entre las cuales pueden distinguirse por su permanencia la denominada i. Integración Docente Asistencial (IDA), luego devenida Integración Docencia-Investigación-Servicios (DIS); ii. la articulación del conocimiento básico (biológico y social); iii. la Educación Continua luego teorizada con aportes de la pedagogía brasilera (P. Freire) y rebautizada como Educación Permanente; iv. la planificación de recursos humanos, primero más normativa, actuarial o prescriptiva ("1 médico cada mil habitantes") que luego se transforma a través del análisis prospectivo y tardamente en planificación estratégica; v. la tecnología educacional en salud que a través de los centros de México (CENTES) y Río de Janeiro (NUTES-UFRJ) impulsaban la innovación a través del desarrollo de materiales educativos (también utilizados como dispositivo) y vi. Las maestrías y núcleos de Medicina Social (UAM Xochimilco en México, UERJ en Río de Janeiro Brasil).

Estas últimas dos producciones van a separarse en parte por los caminos que tomará la izquierda brasilera siguiendo un camino parecido a la del PC Italiano y en parte por la precoz experiencia de gobierno de este grupo a escala nacional, lo que ocurrirá solo algunas décadas después con la experiencia de gobierno del DF por parte del grupo de la UAM-X.

Un párrafo aparte en esta enorme construcción programática que va de 1965 a 1995 lo constituye el programa de libros de texto orientado a hacer accesible el material de estudio al creciente número de alumnos latinoamericanos, que luego fue ampliado a la serie PALTEX (todo ello a través de un fondo editorial rotativo creado a partir de un subsidio del BID), el influyente programa de becas internacionales y la residencia en salud internacional.

Un devenir que paralelamente se extendió a la promoción de la investigación en salud de un componente que generó a posteriori un programa independiente en la OPS.

Influyentes profesionales, muchos de ellos básicamente profesores con amplia experiencia en Gestión Universitaria como José Roberto Ferreira (Brasil), María Isabel Rodríguez (El Salvador), Miguel Márquez (Ecuador), Jorge Andrade (México), Jean Pillet (Argentina), Eduardo Giraldo (Colombia), José Romero Teruel (Brasil), Maricel Manfredi (Colombia), Jorge Hadad (Honduras), Eduardo Joly (Argentina), María Alice Roschke (Brasil) formaron parte por décadas de este proyecto.

Una mención muy particular merece el surgimiento hace ahora treinta años de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Fue por iniciativa de JCG que se promovió una línea de talleres de medicina preventiva y social que reunió jóvenes profesionales médicos y científicos sociales de toda América Latina a pensar las ricas interacciones y perspectivas de la interacción entre ciencias sociales y salud. Estas reuniones servían también para discutir influyentes investigaciones sobre el tema llevadas adelante por

grupos de estudio y por los propios integrantes del programa, trabajos que no siempre encontraban un ámbito para su publicación.

La precoz muerte de Juan Cesar García impulsó en los participantes de estos talleres, que ya conformaban lo que hoy llamaríamos una verdadera red, a la creación de ALAMES que se va a distinguir de las otras asociaciones latinoamericanas mencionadas por constituir una asociación de personas y no una asociación de dirigentes de organizaciones académicas, lo que visto en perspectiva histórica resultó en una mayor permanencia y firmeza de rumbos.

En los primeros años la combinación de los núcleos académicos de México, Río de Janeiro y Quito, reforzado por la existencia de una joven Asociación Latinoamericana, hacen que la medicina social comience a desafiar a la salud pública de la época, con especial énfasis en el campo de la epidemiología, lo que generó un importante proceso de debate y polarización que se ilustra con la distancia conceptual, ideológica y metodológica que media aun hoy entre la epidemiología social y la epidemiología clínica, dejando en el medio esa epidemiología tradicional o a secas que aún domina en muchos de nuestros ministerios.

La denominada “epidemiología crítica” va a poner su foco en diferentes objetos y construcciones teóricas a partir de los trabajos de Asa Cristina Laurell, Saúl Franco Agudelo, Edmundo Granda, Mario Testa, Jaime Breihl. De este modo, conceptos como proceso salud-enfermedad-atención, diferenciales en la morbilidad por clase social, la deconstrucción de los programas de lucha contra las enfermedades tropicales, la violencia, el replanteo de la planificación y el análisis de la circulación del poder y del saber en salud fueron moldeando una rica producción.

Mientras tanto, otras producciones iban a devenir importantes construcciones en los países de la región, dentro de las cuales puede incluirse el surgimiento de la Salud Colectiva en Brasil.

Inspirados en los posgrados de medicina social y en algunas reformas que ya habían ocurrido en América latina (básicamente la generada en salud por la revolución cubana) y Europa (la reforma psiquiátrica Italiana), un grupo influyente de salubristas brasileros, acompañando los movimientos críticos de la izquierda de la época, van a converger en un movimiento sanitario que tendrá como principal tanque de pensamiento al CEBES (Centro Brasilerio de Estudios Sanitarios).

Las luchas políticas, la recuperación de la democracia, una fuerte reingeniería de las Conferencias Sanitarias y la promulgación de una nueva constitución van a brindar el marco para la creación del Sistema Único de Salud (SUS).

Sin querer sobre-simplificar la complejidad del constructo “salud colectiva”, no sería incorrecto, aunque tal vez sea insuficiente, decir que surge como una necesidad conceptual y doctrinaria del movimiento sanitario y del propio SUS y que abreva en lo mejor que se había producido hasta el momento por parte de la Salud Pública y de la Medicina Social. A partir de esa plataforma una intensa inversión en posgrados de salud colectiva ha devenido en una producción científica de tal magnitud que impulsa al portugués a ser una segunda lengua obligada (luego del inglés) para quien quiera formarse en salud pública. La Asociación Brasileira de Salud Colectiva ABRASCO sostiene varios congresos multitudinarios anuales y apoya un número significativo de revistas y editoras en este campo.

El ciclo de cadenas conceptuales de largo plazo no se completaría si no identificáramos otra derivación del fuerte impacto de la muerte de JCG, impulsado por el programa de Recursos Humanos de la OPS. Me refiero al programa de entrenamiento en Salud Internacional.

A partir de 1985 e inspirado en el efecto “democratizador” que las residencias médicas habían generado en la formación de posgrado (respecto a un modelo patriarcal y clientelístico que lo precedía) esta unidad de la OPS abre un programa que internamente se llamará Residencia en

Salud Internacional y que justamente conmoverá las formas predominantes de conformación de los planteles de este organismo internacional.

Eran épocas en que las resistencias a la cooperación bilateral en salud, especialmente las norteamericanas, habían convencido a los países centrales sobre la utilidad de volver a aquellas unidades académicas colonialistas y en consecuencia comenzaron a financiar programas en las Escuelas de Salud Pública de sus países generando una “Salud Internacional” fuertemente etnocéntrica, basada en el estudio de las enfermedades de la pobreza que afectaban a los países pobres y que rápidamente mostró su utilidad para reutilizarla en el tratamiento de las poblaciones migrantes en los países centrales.

La residencia tenía entonces por delante la a veces implícita y a veces explícita tarea de contestar con una mirada Sur-Norte y una mirada Sur-Sur teóricamente débil, aunque fuertemente financiado, plexo de programas de cooperación que partían desde los centros hacia el “tercer mundo”, en un período en que esta última denominación –aunada a la idea de “países no alineados”–, procuraba generar un equilibrio en un mundo que transicionaba del colonialismo al neocolonialismo.

“La dependencia es tan fuerte que alcanzó incluso a quienes reflexionaban sobre ella” fue una frase lapidaria de James Petras a principio de los 90’s, que definió como nadie la abrumadora predominancia hasta incluso en las Universidades y en los Organismos Internacionales de la combinación de la Revolución conservadora (Reagan/Thatcher) y el período que ahora conocemos como Globalización, que domina en el período que media entre las caídas del muro de Berlín y de las Torres Gemelas.

En el “mientras tanto” de este extenso período, la existencia de eventos internacionales relevantes también va a influir fuertemente en el período. Por ejemplo la instalación de una meta de equidad (Salud para Todos 1977), la reunión de Alma Ata (1978) enfatizando el carácter estratégico de la

Atención Primaria (APS) o la reunión que genera la Carta de Ottawa en 1986, con el fuerte relanzamiento de la Promoción de la Salud(PS).

El desafío de traducir estos contextos internacionales en acciones operativas siempre resulta mucho más complejo que lo que se piensa en los momentos de lanzamiento: intereses, actores, resistencias, dificultades operativas, prácticas instaladas hacen que constructos como APS o PS continúen siendo herramientas para pensar y rediseñar propuestas educativas cuando probablemente ya deberían haber sido superadas por nuevas propuestas.

Así, mientras la APS acompaña conceptualmente una sistemática expansión de los profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención, muchos de sus componentes continúan siendo una promesa. De este modo, temas como articulación intersectorial, participación social, interculturalidad, democratización del conocimiento conforman una agenda para forcejear en una APS que parece atrapada entre un paquete mínimo de prestaciones costo-efectivas y la desconcentración de las prácticas clínicas, una práctica que despierta ahora el interés de laboratorios, especialmente aquellos orientados a medicamentos que se aplican a enfermedades crónicas.

Respecto a la Promoción de la Salud y a su pariente más remoto: la Educación para la Salud, ellas continúan en un terreno más cercano a las promesas que a las concreciones. La Educación para la Salud recibe su impulso de la propia Alianza para el Progreso en los 60s, emulando otras iniciativas como la del extensionismo agrícola y se transforma en un área ministerial exceptuada de las urgencias del corto plazo, con propuestas que enfatizan algunas tecnologías educacionales que se suman a los grandes programas sanitarios, herederos a su vez de las grandes luchas (Tuberculosis, materno-infancia, inmunizaciones). La Carta de Ottawa dará un nuevo impulso a instancias del Informe Lalonde, en el que subyace la vieja idea de “más vale prevenir que curar”, pero ahora impulsada por cierta certeza sobre el

colapso a largo plazo de los sistemas de aseguramiento si no se invierte en la remoción de factores de alta incidencia en la producción de enfermedades luego del repliegue de las enfermedades infecciosas agudas.

Sin embargo, a la fecha, continúan siendo escasas aquellas “vacunas polivalentes” para factores de riesgo o determinantes inmediatos (como la inexistencia de agua potable en domicilio), a los cuales se puede atribuir directamente efectividad en la producción de enfermedad y cuando tales “vacunas” existen, la remoción de esos factores/determinantes inmediatos se encuentra con frecuencia con intereses políticos, económicos o culturales muy poderosos (como el caso de las empresas tabacaleras).

Una línea de exploración que subyace a toda esta rica producción la constituye la educación popular y la psicología comunitaria, que se van a nutrir de diferentes perspectivas que alcanzan su máxima expresión en los años tempranos de nuestra exploración (1968-1975). La efervescencia del período, en el que entran en particular sinergia las tradiciones revolucionarias de la mano de la revolución cubana, la derrota de EE. UU en Vietnam, los movimientos culturales de París, de California y de América Latina, la teología de la liberación entre otras tendencias, impulsaron herramientas de simultánea exploración, indagación e intervención en la realidad. Las líneas de psicología social (Pichon Rivière), de educación popular (Paulo Freire) y de Investigación Acción Participativa (Orlando Fals Borda), a pesar de sus diferentes orígenes, se entramaban tanto con acciones de gobiernos progresistas como con acciones de resistencia a los gobiernos que no lo eran con una enorme fluidez.

Pasando a la categoría de saberes reprimidos en el prolongado período de dictaduras, revoluciones conservadoras y neoliberalismo, su energía parece intacta cuando regresa con nuevas formas en las últimas décadas, como las que propone la psicología comunitaria a partir de los trabajos de

Maritza Monteros, en ciertos enunciados de la Educación Permanente (María Alice Roschke, Cristina Davini) o en diversas formas dentro de una educación popular en salud.

El período que se abre a comienzo del siglo XXI, luego de importantes crisis económicas y geopolíticas, abre un bloque histórico que por falta de algo mejor denominaremos provisoria y tal vez optimistamente como postglobalización.

El surgimiento progresivo de gobiernos latinoamericanos nacionales y subnacionales básicamente desalineados del consenso de Washington abre un nuevo campo para repensar la educación y la institucionalidad universitaria. Son tiempos simultáneamente de inventar y de recuperar todos aquellos fragmentos vigorosos que sobreviven al naufragio de dos décadas de fuerte retroceso mundial en los derechos sociales y en la cultura.

La República Argentina se encuentra atravesada e influida y al mismo tiempo resulta influyente en estos dinámicos campos en donde la reproducción y la transformación se combinan en diferentes dosis.

Si lo concentramos específicamente en salud podemos pensar en la potencialidad renovada de constructos tales como:

1. El desarrollo de nuevas interacciones entre ciencias sociales y salud.
2. La educación médica y la de otras carreras de salud innovadas a partir de la recuperación de los énfasis en educación centrada en los estudiantes aprendiendo en grupos pequeños (ABP, ABC), experiencias pre-profesionales tempranas y orientación comunitaria.
3. La formación específica para nuevos o renovados programas de salud.
4. La potencialidad de la articulación entre posgrados clínicos y residencias para contribuir a recuperar el anhelado equilibrio estudio-trabajo.

5. La Educación Permanente en todo su despliegue y potencialidad, proponiendo una amplia agenda de interacciones entre universidades y servicios de salud para mejorar la calidad y asegurar los derechos de los pacientes.
6. El impulso definitivo que necesita la formación para el desempeño en los escenarios comunitarios en un terreno en el que los saberes disciplinares definitivamente se desestructuran y se deconstruyen, obligando a nuevos desarrollos que por lo que parece no pueden lograrse sin incluir las voces de las organizaciones locales y de la propia población.
7. La multiplicación de los programas de formación interdisciplinarios en parte ya explorados en los campos de Salud Pública, Salud Mental, APS, PS/EPS, Rehabilitación, con toda la complejidad que surge al preguntarse si se trata de programas de formación de especialistas o de carreras cuaternarias.

Gérmenes de presente en el futuro

Una mirada superficial que opere como un sobre-simplificado análisis de situación indica que a grandes rasgos las universidades públicas tienen dificultad en acompañar a aquellos gobiernos que hemos denominado “desalineados del Consenso de Washington” apoyándolos tibiamente o quedando al margen de esos procesos, cuando no participando activamente de mecanismos de desestabilización.

Las situaciones en Venezuela, Brasil, Bolivia, el Paraguay de Lugo, Argentina, El Salvador y Uruguay muestran toda esa paleta¹, pero también incluyen experiencias en

¹ Resulta muy significativo la frecuente movilización de los sectores auto-posicionados como los más progresistas en las Universidades públicas que suelen caracterizarse por la exaltación de los logros de muchos, cuando no de todos los gobiernos de los países de este grupo a excepción del propio.

las que la Universidad muestra su potencialidad de protagonizar cambios epocales, aún más allá de las dicotomías oficialismo-oposición.

Sin embargo, resultan particularmente provocadoras las más recientes producciones del grupo del Doctorado Andino en Sociedad, Ambiente y Salud en Quito-Ecuador, que ponen el foco en las formas como el modo de producción predominante y expandido del capitalismo globalizado ha entrado en colisión con la viabilidad del planeta, generando fenómenos nunca antes vistos para los que resulta inimaginable encontrar mecanismos de auto-regulación como el cambio climático

Otra fuerte innovación e invitación a la reflexión lo constituyen los programas que han transformado en Brasil a la salud pública o colectiva, tradicionalmente vista como una formación de posgrado, en una carrera de grado. Se trata de una experiencia que se va generalizando en todo el territorio brasileiro luego de la acción pionera a fines de los 90 de la Universidad Federal de Bahía y de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro.

En ese mismo país puede rescatarse el dinamismo de la denominada REDE UNIDA que durante casi una década reunió de forma horizontal y sinérgica a todas aquellas instituciones formadoras de profesionales de salud a condición de que compartieran su vocación de ampliar su perspectiva de formación hacia las dimensiones comunitarias de la práctica en salud.

La Argentina ha expandido fuertemente las estrategias de inclusión en los diferentes niveles del sistema educativo a través de la Asignación Universal por Hijo y una Ley Federal de Educación que garantiza un piso de financiamiento equitativo para todo el país.

La apertura de nuevas universidades públicas ha mostrado la importancia de mejorar la accesibilidad territorial generando instituciones que hacen parte de su identidad mostrando altísimos porcentajes de alumnos que son primera generación de universitarios en sus familias. Al mismo

tiempo estas instituciones se han mostrado propicias para ensayar nuevas propuestas educativas que surgen de campos aún poco explorados o de redefiniciones de los modelos de formación prevalentes en las carreras más tradicionales.

La combinación de una política educativa con una política de ciencia y técnica en expansión viene generando algunas sinergias importantes en un contexto en donde palabras como innovación, valor agregado o sustitución de importaciones adquieren nuevas significaciones.

Sin lugar a dudas este listado de por sí incompleto requiere reflexionar sobre el impacto en la formación de la Diplomacia Médica Cubana. A partir de las misiones de médicos cubanos en todo el mundo y de la creación de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), la experiencia cubana muestra la fuerza que continúa teniendo la formación en valores que logra hacer fluir a los médicos que forma en sentido social y territorial literalmente a “contra-flujo” de las señales del mercado de trabajo.

Todos los países latinoamericanos, incluso aquellos que constituyen su identidad posicionándose en las antípodas del gobierno cubano, se benefician en sus políticas públicas de salud de este fenómeno que les ayuda a solucionar o a paliar en parte las gravísimas inequidades sociales y territoriales en la distribución de médicos.

Pero adicionalmente la existencia de este proceso obliga a reflexionar sobre el rol actual y potencial de las universidades públicas de América latina para contribuir en mayor grado al logro de una distribución razonablemente equitativa de profesionales de salud.

En síntesis, los caminos aquí apenas esbozados muestran que los conflictos internos de la educación, de la salud, de los desarrollos científico tecnológicos y de la organización del trabajo son en muchas dimensiones también reflejo de los conflictos políticos, sociales y económicos de cada época, siendo los desafíos pendientes de una enorme complejidad.

Sin embargo resulta difícil no ser optimista luego de la experiencia de haber vivido épocas de discursos únicos en donde los totalitarismos políticos y/o económicos apoyados por una avasalladora máquina cultural y mediática instalaban políticas nacionales e internacionales regresivas, con la fuerza de una hegemonía entendida en aquellos simples términos de Nietzsche como una “imposibilidad de hierro”.

Acompañados por una fuerte y sostenida convicción de que el efectivo ejercicio del derecho a la salud, inscripto en un marco de plena vigencia de derechos políticos, económicos, sociales y culturales es el norte –o más bien el sur– que debe guiar nuestros esfuerzos, lo que sigue adquiere otra dimensión, ya que en última instancia el equipamiento conceptual y metodológico acumulado es sólido y ampliamente validado, la capacidad de innovar es una característica distintiva e internacionalmente reconocida de nuestra región, hemos aprendido a enfrentar conflictos con firmeza, sin distraernos en contradicciones secundarias y los desafíos, por grandes que ellos sean, parece que han sido y serán nuestro combustible vital.

Tensiones y desafíos en las relaciones entre salud y comunicación

MARÍA MARCELA BOTTINELLI¹

Introducción

En esta presentación retomamos algunos de los desarrollos y avances del proyecto de investigación “Contenidos audiovisuales de educación y/o promoción de la salud producidos por organismos oficiales difundidos en televisión abierta. Estado de situación e identificación de áreas de vacancia respecto de las necesidades locales prioritarias en salud” que se lleva a cabo en el marco de una beca Carrillo-Oñativia 2013-2014 para estudios multicéntricos de la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación. Dicho trabajo se propone caracterizar los contenidos audiovisuales de educación y/o promoción de la salud producidos por organismos gubernamentales de nivel nacional y provincial (Buenos Aires) difundidos en los últimos 5 años por la televisión abierta y contextualizar su adecuación en función de las necesidades prioritarias establecidas en los planes y programas de salud, y la perspectiva de usuarios, efectores y gestores a nivel nacional, regional y local. Del mismo modo, se incluyen extractos y articulaciones de Bottinelli, M. M. “Promoción y educación para la

¹ El presente trabajo ha sido realizado con la colaboración de Francisco Díaz, Sergio Remesar y Mariela Nabergoi

salud en los planes y políticas de salud mental en Argentina. Tensiones y desafíos en la delimitación del campo de la promoción y educación para la salud” (2013), tesis doctoral dirigida por el Dr. Emiliano Galende. A partir de dichos desarrollos planteamos algunos interrogantes, tensiones y desafíos emergentes de nuestros recorridos en el tema.

Consideramos que para pensar el panorama actual y dar sentido a las discusiones, ejes y desafíos que se plantean, es importante enmarcar desde qué lugar se piensan las relaciones entre salud y comunicación, reconociendo las determinaciones histórico- sociales de cada uno de dichos conceptos, así como las relaciones entre ellos y las prácticas que sustentan y/o enmarcan.

Tal como se explicita en la caracterización temática de esta convocatoria, la comunicación en salud surge en el marco de la promoción y prevención de salud. Las relaciones entre ellas implican surgimientos históricos disciplinares diversos y múltiples que configuran el campo actual de delimitación de las relaciones entre salud y comunicación.

La salud y la posibilidad de promover su cuidado y atención ha sido objeto de preocupación a lo largo de la historia asociándose a las condiciones de vida y subsistencia. Por ende, se entrama en las formas de organización social, laboral o económica de los grupos sociales. En dicho sentido, los procesos de salud-enfermedad-atención se contextualúan y se expresan en aspectos individuales con características profundamente subjetivas, pero que emergen de las relaciones de determinación histórica, social, económica y política de todos los fenómenos humanos y sociales, de modo tal que su abordaje es atravesado por normas jurídicas, sociales y culturales. Por ello diversos autores, desde una perspectiva crítica, entienden la salud y la enfermedad como valores construidos socialmente. Samaja (2004) incluye además las condiciones discursivas que se vinculan a esos sentidos de valoración.

Consideramos por lo tanto a los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado como procesos sociales, en tanto cobran sentidos y significados en el entramado de relaciones e interacciones sociales, no sólo en las instituciones en las que socialmente se ha delegado el cuidado de la salud, sino en todos los ámbitos de la vida cotidiana, en los diferentes contextos históricos y culturales (incluidos los medios de comunicación y las nuevas tecnologías).

¿Qué implica pensar las relaciones entre salud y comunicación desde los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado?

Desde los chamanes hasta la diversidad de profesionales de salud actuales, quienes se han encargado de abordar los problemas de salud han implementado diversas acciones que se sustentan en las conceptualizaciones sobre los procesos de salud y enfermedad que sostienen los *modelos de atención*. Asimismo, quiénes son atendidos en salud, cómo, de qué manera y por qué, refiere a los *modelos de gestión y políticas de salud*.

De este modo las *concepciones de salud, enfermedad y su valoración como tales* se vinculan con las decisiones y la organización social de cómo y quiénes deben ocuparse de dichos problemas. Podemos ver que aunque exista una expresión individual, siempre implica una serie de interacciones sociales que valoran positiva o negativamente el suceso y lo enmarcan en acciones que comprometen al colectivo social (cuidar, o no cuidar, atender, vacunar, medicar, evitar, acompañar, aislar, excluir, encerrar, dejar a su suerte, higienizar, informar o no, comunicar, qué, quién y a quién, etc.).

En dichos procesos se entretajan además las lógicas de las concepciones culturales y sociales con las de las profesiones y las disciplinas. Dichas concepciones no sólo impli-

can las concepciones sobre la definición y las lógicas sociales de atribución de valor sino sobre los requerimientos de cuidado (las acciones y modos de cuidar) y la responsabilidad de la atención (desde el nivel individual, el comunitario y el disciplinar, hasta el nivel de los estados). Por ende ellas *se ensamblan y articulan con la organización de los sistemas de atención de la salud y las políticas de salud* (Bottinelli, 2013).

La introducción del *cambio de paradigma* del modelo biologicista al modelo médico social a fines del siglo XIX y comienzos del XX permitió un giro desde la concepción de la salud y la enfermedad *per se*, a las concepciones como procesos; y de la necesidad de atención de la enfermedad a la necesidad de intervenir en todo el proceso, primero desde la concepción del proceso de enfermar (prevenir, atender y rehabilitar) y luego en su anticipación (prevención, promoción y educación para la salud).

Estos cambios sustentaron también un cambio de paradigma hacia el modelo médico social y el surgimiento de la Epidemiología, la Medicina Social, la Higiene Social y la Salud Pública. Así, el reconocimiento de los determinantes sociales de los procesos de salud y enfermedad permite la articulación de la medicina con las ciencias sociales y el estudio de las condiciones de vida, conductas y factores de riesgo. Además, tal como señalan Valadez *et al.*, (s/f) el surgimiento de la Epidemiología permite ponderar problemas y conocer el estado de situación del colectivo social, así como poder transmitir ciertos saberes con fines anticipatorios preventivos.

La Epidemiología en términos generales se ha postulado siempre como pilar fundamental de las políticas de prevención en salud y éstas usualmente se montan sobre dispositivos de transmisión y divulgación de ciertos saberes a la comunidad (Valadez, Villaseñor y Alfaro, s/f: 45).

En este contexto por tanto comienzan a visibilizarse ciertas *articulaciones y relaciones entre la información y los datos en salud, la comunicación, la salud, la educación y las políticas públicas*.

¿Prevención, promoción, educación para la salud o atención primaria en salud?

Prevención, promoción, educación para la salud y atención primaria en salud emergen explícitamente en el campo de la salud a partir de comienzos del siglo pasado. Desde entonces han sido objeto de múltiples análisis y debates ocupando siempre un papel importante en los enunciados y propuestas internacionales y nacionales. Sin embargo, los expertos en el área enuncian diferentes dificultades en su implementación, sostén y evaluación. El abordaje de los mismos requiere reconocer inicialmente que, en tanto conceptos, son construcciones histórica y socialmente determinadas que han variado en sus formulaciones y fundamentos (Bottinelli, 2013).

Como todo concepto, su delimitación y definición visibilizan (a la vez que ocultan) y enmarcan las percepciones y acciones que quedan incluidas en su demarcación, es decir se convierten instrumentalmente en formas de identificar, captar, nominar e intervenir en la complejidad de la realidad. Sin embargo, los conceptos se co-construyen y redefinen en la praxis misma. Por ende, el abordaje de los mismos requiere reconocer sus variaciones históricas y las diferentes posiciones vigentes teóricas y epistemológicas, contextualizadas, como toda producción social, en las condiciones materiales, políticas, históricas y sociales de su producción y reproducción.

Hegel y Marx nos enseñaron que el problema de la historia se confunde con la historia del problema, y que es imposible describir de manera válida un hecho humano, cualquiera que sea, sin integrar en tal descripción su génesis (Goldmann, 1974; citado por Samaja, 2004:45).

El devenir de los conceptos de promoción, prevención y educación para la salud es complejo (García, 2000) e implica los procesos de comunicación desde diferentes niveles y aproximaciones. Justamente por ello lo consideramos necesario para la comprensión de la delimitación del campo y su estructura actual. Sus definiciones, alcances y significados, por ende, no son unívocos y están entramados en juegos y tensiones de poder que se expresan y pueden ser rastreados en los discursos y las prácticas en el campo (Bourdieu y Wacquant; 2008).

Promoción y educación para la salud no son conceptos nuevos, tienen sus orígenes en los años 20, cuando comienzan a mencionarse en los escritos sobre salud pública. Winslow los define entonces como “el vínculo entre los esfuerzos de la comunidad y las políticas públicas para mejorar las condiciones de vida de la población” (Winslow citado por Arroyo y Cerqueira, 1997).

Más tarde, en los 40, Sigerist sostiene que la promoción de la salud es una de las grandes tareas de la medicina y añade que:

La salud de la población no depende tanto de la medicina como de la capacidad para proporcionarle a la gente una educación libre, óptimas condiciones de vida y de trabajo, así como medios adecuados de reposo y recreación (Sigerist, 1946).

La Educación para la Salud por su parte, se constituye formalmente en el campo de la Salud en 1921, al dictarse el primer curso en el Instituto de Tecnología de Massachusetts. Los términos *educación* y *salud* implicados en dicho concepto tienen trayectorias paralelas que se enmarcan en

los avatares de la historia misma de la humanidad, dado que no sólo son trascendentes en la vida misma de las personas sino que, por su gran peso e impacto en la organización social, se han configurado como instituciones sociales (en sentido amplio). De este modo las disciplinas, regulaciones, acciones y actores que participan de ellas han ido configurando saberes y prácticas específicas y han demarcado e influido de diferentes modos en la delimitación del campo de la educación para la salud. Aunque la educación para la salud se define como más que la sumatoria de ambos conceptos, podemos identificar desde su origen tensiones en las prácticas y discursos, así como en los *locus* en los que se instalan y construyen las propuestas, enmarcados en su nominación (que involucra dos términos complejos) y en este origen, que implica a las modificaciones de los conceptos constitutivos y los procesos históricos de delimitación del campo de la salud y la educación como procesos sociales. Del mismo modo, nos permitimos asumir como supuesto que la intersección salud y comunicación recompone tensiones y constituye desafíos de similar tenor.

En 1952 se funda en París la Unión Internacional de Educación para la Salud (UIPES) y en el campo de la Promoción de la Salud, en 1986 se realiza la Primera Conferencia Mundial en Ottawa, marcándose hitos de referencia en ambas. Ambos hitos se vinculan además con la línea propuesta en la Declaración de Alma Ata (1978), considerada como el documento fundacional de la Atención Primaria de Salud (APS), firmada por OMS/ UNICEF y más de 100 países proclamando que con esta estrategia es posible ejercer el derecho al máximo nivel posible de salud para toda la humanidad. La salud es definida a partir de allí por la Constitución de la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la falta de enfermedades y afecciones. Al centrar la mirada en la salud, permite diferenciar los conceptos de prevención (focalizada en la anticipación de las enfermedades y el riesgo de enfermar) y la promoción (referida a mejorar la salud y adquirir recur-

sos para mejorar el control sobre la misma). De este modo la educación para la salud queda asociada de alguna manera a la promoción como una estrategia privilegiada para lograr la promoción (Cerqueira, 1997; Argandoña, 2006).

En los años 70 el documento de Alma Ata y diversos informes como el de Lalonde en 1974 y el de Healthy People en 1979, marcan un hito respecto de la salud promoviendo cambios en las teorías y prácticas y enmarcando las estrategias y propuestas de trabajo que delinean las prioridades en salud pública que se expresan formalmente en la Carta de Ottawa, firmada en 1986. La misma, suscripta por países de Europa Occidental, Canadá y Estados Unidos, supera los aspectos de prevención de enfermedades y vincula las propuestas de promoción con el desarrollo de acciones que mejoren las condiciones de salud y la calidad de vida. Sostiene que:

La promoción de la salud debe proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que tengan mayor control sobre su vida y su salud, a partir de políticas públicas saludables (Carta de Ottawa, OMS, 1986).

En los '90 se generan reuniones internacionales como las de Colombia en 1992 y Trinidad y Tobago en 1993 para revisar específicamente la situación latinoamericana y se enuncian propuestas contextuadas en la situación de Latinoamérica (Declaración de Bogotá de 1992), que resaltan la necesidad de que dentro de la estrategia de promoción de salud se impulsen políticas sociales para reducir las inequidades en la región.

Desde mediados del siglo XX aparece así con fuerza el concepto de promoción de salud y comienza a ser incluido en las agendas de salud, así como en los documentos nacionales e internacionales (por ejemplo la OPS y la OMS comienzan a generar documentos de sistematización de fundamentos, principios y metodologías de promoción de salud).

La evolución del concepto de promoción en su definición y alcances atravesó debates teóricos y prácticos en los que se incluyeron las diferencias y articulaciones con los conceptos de educación para la salud, APS, prevención y con los cambios en las definiciones de salud, enfermedad, los factores condicionantes y los cambios políticos, económicos y sociales que intervienen en los procesos de salud-enfermedad- atención.

Definida de diversas formas, la promoción de la salud ha sido considerada una estrategia, una filosofía, o incluso un nuevo enfoque o paradigma que supera cualitativamente al concepto tradicional de salud pública (Sanabria Ramos, 2007). Por su parte, los organismos internacionales como la OMS/OPS consideran indistintamente a la promoción de la salud como *estrategia* (OPS, 2001) o como *función esencial* de la salud pública (OPS/OMS; 2000).

A pesar de la diversidad de posiciones, existe un acuerdo general en considerarla una vía para lograr “niveles de salud deseables para toda la humanidad”, entendiendo a la salud como una construcción social en la que están involucrados los gobiernos, las organizaciones sociales y las personas.

Sin embargo, tal como explicita la Presidente del Comité Académico de la Maestría de Promoción y Educación para la Salud, Representante de la Subregión de México, Centro América y el Caribe hispano de la UIPES/ORL:

Muchos profesionales y ejecutores, aún hoy, muestran desconocimiento y limitaciones tanto en su alcance como en los principios, las metodologías y las herramientas inherentes a esta disciplina (Sanabria Ramos, 2007).

Ejemplo de ello son los reduccionismos a veces cometidos en torno a la *comunicación*, que es una herramienta importante en la promoción de salud, pero que algunos ejecutores la reducen a una actividad puntual como repartir volantes, trípticos o hacer spots televisivos dejándola de

este modo aislada, sin inserción en una estrategia de acción específica en el marco de una política de salud (Sanabria Ramos, 2007, Bottinelli, 2013).

En la primer década del 2000 se refuerzan diferentes propuestas entre las cuales se destaca una nueva perspectiva de promoción de la salud que se sostiene en cuatro puntos:

- a) Ampliar la definición y el concepto de salud, de tal manera que se integren los aspectos económicos y sociales que determinan la producción social de la salud; b) trascender la promoción de estilos de vida saludables y diseñar estrategias de mayor dimensión social y política; c) incorporar el concepto de toma de poder y d) promover la participación de la población en la identificación y el análisis de sus problemas y necesidades (Arenas Monreal, 2013:4).

El objetivo central de la promoción de salud queda planteado entonces como “mejorar la salud individual y colectiva y contribuir al logro de la equidad y justicia social”. De este modo presenta desafíos tanto a nivel de las políticas (respecto de la reducción de inequidades y la creación de ambientes saludables), como de los servicios de salud (que requieren profundizar su trabajo de prevención de factores y condiciones de riesgo, promoción de salud y difusión de información sobre situación de salud). A nivel local también plantea la necesidad de promover el fortalecimiento de la población para la toma de decisiones y la elaboración y tramitación de propuestas, asociando la *promoción de la salud* a los procesos de participación social, educación popular y empoderamiento. Sin embargo, según el análisis realizado por Cequeiras y Arroyo Hiram estos desafíos se están abordando “sin analizar a fondo las características, elementos condicionantes y raíces sociopolíticas de las relaciones de poder” que implican (Cerqueira, 1997).

Los desarrollos de los últimos años en el tema refuerzan las estrategias internacionales de organismos como la Unión Internacional de Promoción y Educación para la

salud (IUSPE) y se producen además nuevos documentos específicos, de investigación, grupos de trabajo, capacitación y apoyo.

El marco de las relaciones entre salud, promoción de salud y comunicación

Diversos organismos internacionales destacan la relevancia del avance científico en materia de promoción de la salud. La Carta de Ottawa establece que los medios de comunicación son actores clave para la promoción de la salud, concibiéndola como “el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla”. Del mismo modo, la 23ª Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), hizo hincapié en la comunicación social como elemento fundamental para la formación básica de personas, familias y comunidades. La Organización Panamericana de la Salud destaca que:

El uso de la información como instrumento del cambio debe ser una esfera de trabajo importante (...) La información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad, con miras a ejercer influencia sobre las políticas o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a la salud, lo cual es un componente clave de la promoción de la salud (OPS, 1995-1998).

La Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI, indica que:

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y las dirigidas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (WHO, 1998; pág.10).

Por último, en el ítem 23 incisos F y K de la “Agenda de Túnez para la Sociedad de la Información” perteneciente a la “Cumbre Mundial sobre la Sociedad de Información” (Ginebra 2003 – Túnez 2005) se destaca la falta de políticas de financiación para el desarrollo de aplicaciones y contenidos TIC (Tecnología de la Información y la Comunicación), especialmente en materia de salud, educación, agricultura y medioambiente.

La promoción de la salud comprende aspectos comunicativos, educativos y ambientales con el fin de fomentar y potenciar hábitos, conductas y comportamientos saludables. Focaliza en las elecciones y responsabilidades personales y en el cambio social y del medio. También promueve la participación voluntaria de distintos organismos públicos y privados, en una causa común. Sus estrategias consisten en la comunicación y educación para la salud, la participación comunitaria, el empoderamiento social y la definición de políticas públicas.

En ese sentido, se entiende a la comunicación para la salud como:

La acción planificada y sistemática de medios de comunicación destinada al logro de los comportamientos activos de la comunidad compatibles con las aspiraciones institucionales expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública (Casas, 2009: 41).

De este modo, la comunicación en salud comprende el análisis e implementación de estrategias de comunicación para informar y promover la toma de decisiones, tanto individuales como comunitarias, que mejoren la salud de la población. Incluye aspectos tanto de prevención de la enfermedad (relaciones médico-paciente, adherencia a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, campañas de salud pública y divulgación de información concerniente a riesgos emergentes) como de promoción (búsqueda de información acerca de la salud, educación de los consumi-

dores, acceso a los sistemas de salud pública y de cuidado de la salud) (WHO, 2010 citado en Mosquera, s/f). En este sentido, entendemos que:

La comunicación y educación se vuelven, cada vez más, un binomio inseparable, por encima mismo de los propios medios, técnicas e instrumentos comunicativos empleados (Aguaded Gómez, 1995).

En esta intersección disciplinaria confluyen aportes de la pedagogía, la didáctica, la semiótica y la estética (Pérez Tornero, 2000).

En la misma línea, Luis Ramiro Beltrán (2011) propone que el empleo sistemático de medios de comunicación es una herramienta de promoción de comportamientos colectivos funcionales para el cumplimiento de objetivos de los programas de salud pública, y no sólo un medio de propaganda o de simple difusión de información. Existe una imperiosa necesidad de una comunicación para la salud comunitaria que esté basada en el diálogo (Gumucio Dagrón, 2001).

Por su parte, la educación ha jugado un rol fundamental en la comunicación para la salud en América latina. Ésta logró posicionarse particularmente luego del establecimiento de la Educación Sanitaria.

El mayor y mejor empleo de medios masivos, la tendencia a someter la producción de mensajes a un régimen de rigurosa programación (...) y la facilidad de acceder a formatos participativos derivados de la comunicación democratizante, fueron los aspectos que caracterizaron a la comunicación para la salud como un aspecto de extrema importancia en la planeación de proyectos para la salud (Mosquera, 2003: s/p).

En la 23a. Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre de 1990, hubo un especial interés en posicionar la comunicación social como una disciplina importante para la formación básica de personas, familias y comunidades.

Más tarde, en las orientaciones estratégicas de 1995-1998 se planteaba que el uso de la información como instrumento del cambio debe ser una esfera de trabajo importante. La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. La información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad, con miras a ejercer influencia sobre las políticas o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a la salud, lo cual es un componente clave de la promoción de la salud.

Es así que la comunicación en salud es concebida como un proceso estratégico con la finalidad de optimizar las acciones dirigidas al logro de la utilización racional de la oferta de servicios de salud y mejorar la eficiencia y efectividad de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

En las últimas décadas se observa un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud que va de un enfoque efectista, individualista y bio-médico hacia uno en donde las culturas, las relaciones sociales, los derechos y la participación activa de las personas se constituyen en referentes para el diseño de programas de comunicación en salud.

Ello requiere que la comunicación se encamine al fortalecimiento de los procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de comunidades e individuos para incidir sobre los determinantes de la salud. Es así que la comunicación trasciende su utilidad instrumental, para constituirse en un proceso de carácter social posibilitando el reconocimiento, encuentro y diálogo de diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre diferentes sectores sociales en torno a la salud, para generar procesos de cambio que mejoren las condiciones de bienestar de la población.

De este modo requieren trabajar articuladamente con todas las disciplinas y profesionales del campo de la comunicación y de la producción de diversas formas de comunicación (licenciados en ciencias de la comunicación, en audiovisión, en diseño gráfico, de imagen, de sonido, periodistas, etc.), pero además requiere articulación con otras disciplinas que trabajen pensando cómo se producen los cambios, tales como las ciencias de la educación, la sociología, la antropología y la psicología. Por otro lado, sería imposible pensar los contenidos sin la participación de los especialistas en ese campo, es decir que también requiere del trabajo con las disciplinas del campo de la salud en tanto es necesario identificar cuáles son las prioridades, necesidades y características específicas de lo que se quiere o necesita comunicar, es decir, el trabajo sobre cuáles son los contenidos a trabajar, con quiénes, cómo y porqué. En este sentido pueden requerirse además especialistas en promoción, prevención, atención, rehabilitación o gestión.

Por último, dado que la salud como derecho involucra al sistema de salud, con sus diversos niveles y estructuras, incluye de diversos modos a diferentes actores que se actualizan en cada proceso comunicacional, desde los políticos y gestores hasta la comunidad misma.

En este sentido coincidimos con Prieto Castillo en que:

Se requiere analizar de manera sistemática el sentido que los diferentes actores producen en una determinada situación social (en nuestro caso respecto de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado), a partir de sus contextos y de sus propias historias personales que cobran sentido en el marco de una cultura. Lo individual, lo grupal y lo masivo (proponemos cambiar por lo colectivo) se entrecruzan aquí para tejerse en una trama de sentidos. La comunicación debe entenderse precisamente como esa compleja trama de sentidos (Prieto Castillo, 1999:11-12).

El contexto: algunos antecedentes de investigaciones en el campo de la comunicación en salud ¿Qué interrogantes emergen? ¿Quiénes y cómo los abordan?

En este marco, los medios de comunicación audiovisual constituyen una de las fuentes de mayor alcance para la población. En nuestro país, la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual N° 26.522 constituye un hito en materia de políticas públicas impulsadas por el Estado Nacional, que transforman el campo de la comunicación audiovisual, promoviendo la democratización de voces y actores en el área, volviendo de fundamental importancia la producción de contenidos audiovisuales de calidad y adecuados tanto a nivel nacional como provincial y local. Asimismo, el Programa de Polos Tecnológicos coloca énfasis en la federalización de la producción audiovisual, promoviendo que todas las regiones del país puedan equiparse, capacitarse y hacer televisión con carácter federal.

Tanto las propuestas de educación para la salud como la legislación en materia de comunicación audiovisual implican un cambio de paradigma con respecto al lugar de los actores, descentralizando el rol del efector-productor hacia el de usuario-espectador como protagonista en la producción, tanto de los procesos de salud-enfermedad-atención, como en la materia. El rol del Estado en los procesos de información del ciudadano en materia de salud tiene la exigencia de comprender este cambio de paradigma y promover, desde la definición y ejecución de las políticas públicas de educación para la salud y de comunicación audiovisual, procesos que incluyan la perspectiva de usuarios, sus contextos y sus necesidades. En este sentido, el Estado Nacional tiene la potencialidad de promover por distintos medios la producción de contenidos en cada polo o región, a la vez de producir y poner en circulación contenidos que pueden ser utilizados y apropiados en espacios locales según las necesidades, prioridades y potencialidades contextuales como política pública.

En este marco, las universidades nacionales tienen la misión de contribuir a través de la producción y distribución de conocimientos y de innovaciones científico- tecnológicas, al desarrollo económico, social y cultural de la región. Su función en este nuevo siglo debe priorizar la articulación y cooperación entre distintos productores de saber, transformar la información en conocimiento y esforzarse en su tarea hermenéutica y axiológica, así como ir al encuentro de las demandas sociales y no sólo de la comunidad universitaria (Jaramillo, 2003). En concordancia con ello, la línea de investigación en la que nos enmarcamos propone trabajos que desde una perspectiva interdisciplinaria y con participación de diferentes efectores y gestores buscan atender a las problemáticas sociales en la que nos hallamos inmersos, con el fin de potenciar los modos de producción audiovisual que atiendan a las necesidades en materia de salud de la población y a la vez contribuyan a formar gestores sociales.

Entre las últimas investigaciones realizadas en el ámbito nacional e internacional sobre la intersección salud y comunicación, relevamos que la mayor parte de los trabajos en el área se concentran en el análisis de contenido y del discurso en los medios (generalmente gráficos) respecto de temáticas o problemas de salud específicos, tales como: agrotóxicos (Soares da Silva y Peres, 2011 –Brasil); salud ambiental (Moreno y Peres, 2011 – México y Brasil); obesidad y publicidad (Llaguno, Poyatos, Ortiz Moncada, 2011 – España); VIH-SIDA (Terrón Blanco, 2011 – España); aborto y fertilización asistida (Petracci *et al*, 2011 – Argentina) y derechos sexuales y reproductivos (Brown *et al*, 2008 – Argentina).

Por otra parte, algunas investigaciones trabajan posibilidades y límites de la participación y comunicación en salud respecto de las NTICs e internet (Petracci *et al*, 2011 – Argentina; Moreira y Camara Pestana, 2012 – Portugal). Algunos desarrollan trabajos en lo que se ha dado en llamar educación-entretenimiento, como “Mejor convencer entre-

teniendo: comunicación para la salud y persuasión narrativa” de Juan José Igartua (2011 – España) y otros discuten la diferencia entre medios masivos de comunicación y lógicas comunitarias de comunicación en salud (Díaz y Uranga, 2011 – España y Argentina). Desde los recursos institucionales destinados al tema, Bruno y cols. (2011) están realizando una encuesta destinada al Mapeo Nacional de Capacidades en Comunicación y Salud Pública en Argentina.

En estudios anteriores de nuestro equipo vemos que las representaciones sociales en profesionales y estudiantes de salud coexisten contradictoriamente con conocimientos académicos (Bottinelli y cols., 2007-2010) y que existe una brecha entre las necesidades de usuarios y la formación de los profesionales que los atienden, así como entre los acuerdos internacionales respecto de necesidades en salud y la implementación en políticas concretas (Bottinelli y cols., 2010-2012). También identificamos un creciente acuerdo coincidente en la escasez de recursos humanos y el aumento de demandas, que sostiene la necesidad de formar recursos de calidad y apostar a la promoción y educación de la salud (Bottinelli y cols., 2009). Nuestras investigaciones evidencian que los medios de comunicación, en particular los medios audiovisuales, pueden acercar perspectivas de usuarios y efectores, y al mismo tiempo mostrar contextualmente y desde una perspectiva ética y de derechos las necesidades y estrategias de los usuarios (Díaz, 2010-2011; Bottinelli y cols., 2010-2012).

En este contexto, encontramos que las intersecciones entre la promoción, la prevención, la educación y la comunicación en articulación con la salud se conforman entorno a un complejo entramado de tensiones que se definen como desafíos a considerar en torno al abordaje de acciones en salud pública.

Tensiones y desafíos

Un primer punto de tensión se conforma en torno a lo desarrollado en la introducción de este trabajo. Las relaciones entre salud, promoción de la salud, educación para la salud y comunicación, requieren la contemplación del recorrido histórico de cada uno de sus conceptos y la consideración de los mismos como dimensión de la vida social. La complejidad implicada en este proceso de reconocimiento resulta en ciertas instancias motivo de tedio y desarticulación de equipos de trabajo. Sin embargo, no es menor y vale recordar que el debate en torno al trabajo articulado entre estos campos tiene en el trasfondo una base histórica, teórica, epistemológica y metodológica.

Otro punto de tensión se refiere a las implicancias de las preposiciones utilizadas en la articulación entre los conceptos de salud y comunicación, en función de ello nos preguntamos ¿qué articuladores se utilizan en la literatura sobre el tema?, ¿qué implicancias tienen?

Por una parte, algunos autores hablan de comunicación *en* salud. Esta forma de enunciación parece comprender las relaciones entre comunicación y salud de modo tal que implica pensar los procesos comunicacionales en / desde / para los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado. En este sentido, puede pensarse los diferentes tipos, niveles y formas de comunicación en cualquier momento, espacio, nivel, sector, o área de la salud, dentro o fuera del sistema de salud. Desde esta perspectiva la comunicación en salud podría implicar pensar desde los aspectos comunicacionales de las interacciones entre profesionales de salud y usuarios del sistema de salud (en educación para la salud, promoción, prevención, atención, rehabilitación, reinserción, etc.), hasta los aspectos de acceso al sistema y cobertura en salud (por ejemplo: cómo comunicar derechos, informar sobre acceso a dispositivos del sistema, comunicar pautas de cuidado, etc.). También implicaría pensar la comunicación de salud más allá del sistema de salud. Implica una

participación de diferentes actores y sectores. Pero también nos interpela respecto de procesos de comunicación en otros ámbitos y sectores, por ejemplo en la escuela, en el trabajo, en la familia, en la cultura. *Esto implica el desafío de pensar los procesos de comunicación no en sí mismos sino en la especificidad de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado considerando los saberes y prácticas involucrados en ellos, atendiendo a los contextos en los que se den y según los actores que participan.*

Por otra parte, otra de las formas de expresión de la relación utilizada es comunicación y salud o salud y comunicación. Esta versión parece implicar un abordaje con diferentes opciones: i-colaborativo con cierto matiz diferenciado respecto de a qué campo se refiera primero, o una intersección; ii- de intersección articulada o interdisciplinaria (con participación de varias disciplinas); iii- intersección por yuxtaposición multidisciplinaria (con participación alternativa de varias disciplinas).

Las relaciones entre comunicación y salud desde esta forma de relación de los conceptos parecen desafiar el trabajo en el área con consideraciones muy semejantes a las que se persiguen en otras discusiones y debates sobre el trabajo multidisciplinario, interdisciplinario o transdisciplinario. En este sentido, tanto desde el campo de la comunicación como de la salud, la diversidad de disciplinas que participan de las acciones con sus saberes y prácticas tensionan las prácticas cotidianas.

Consideramos relevante insistir sobre la diferencia entre la multidisciplinaria y la interdisciplinaria, entendiendo que la mera co-presencia de profesionales de distintas áreas no garantiza un trabajo interdisciplinario. La interdisciplina requiere de un análisis en dos niveles: el nivel epistemológico y el nivel metodológico (Stolkiner, 1987; Elichiry, 2000; Bottinelli, 2010). El nivel epistemológico implica un cuestionamiento de la noción de causalidad y entender a los campos disciplinares como construcciones históricamente determinadas con diferentes objetos y métodos, aun en el

mismo momento histórico en la misma disciplina. El nivel metodológico requiere programar formas y condiciones del trabajo interdisciplinario tanto en investigación como en asistencia, formación y gestión. En este sentido, la existencia de diversas corrientes teóricas y la diversidad de prácticas implica un primer trabajo de reflexión sobre la coherencia y posibilidad de coexistencia en un equipo. Es por ello que requiere repensar la definición de los *objetos* de abordaje, generándose lo transdisciplinario como momento y producto de la praxis misma, tal como lo señala entre otros Rolando García.

Respecto de este punto consideramos además importante señalar que, por un lado, el proceso de legitimación de las disciplinas a veces entra en conflicto con este modo de trabajo y nos coloca ante el riesgo de conformar equipos en apariencia multidisciplinarios pero de naturaleza unidisciplinar. También están las tensiones de poder o hegemonía de los diferentes campos entre disciplinas, incluyendo no sólo las reconocidas en el campo de la salud con el saber médico hegemónico sino las que quedan naturalizadas o invisibilizadas cuando se convoca a profesionales de un área u otra para el trabajo colectivo o coparticipativo, y las tensiones intersubjetivas (más allá de las profesiones) reconocidas en cualquier acción o tarea compartida con otras personas. Por otro lado, la necesidad de consolidar una disciplina ante campos ajenos tiende a posicionarnos en modos imperativos de intercambio, obstaculizando el trabajo y empobreciendo los resultados. Casi como efecto de esto último podemos identificar una tendencia a la recaída en formalismos y tecnicismos en detrimento del aporte *sustancial* que cada uno puede realizar.

Por último, queda pendiente el análisis de la participación de otros actores sociales como los diferentes profesionales de salud, educación, trabajo, economía, empresarios, OGs, ONGs, organizaciones o redes de usuarios y la comunidad misma, usuarios, etc., en el desarrollo de contenidos. Al respecto identificamos al menos dos problemas: uno el

referido a la escasa cantidad de investigaciones en el área, y otro a la escasa sistematización de registros de experiencias. Consideramos alentador el creciente interés y difusión de jornadas, concursos y eventos académicos, científicos y artísticos que retoman las relaciones entre salud, arte, comunicación y medios.

Desde diversos ámbitos comienzan a vislumbrarse muestras de interés e inquietudes en el campo. Sin embargo, si bien existen experiencias e intentos de sistematizar y volver accesibles las producciones de comunicación en salud (tal como la mediateca dependiente de la Coordinación General de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación) y también existen diversas experiencias de participación de la comunidad en el proceso de identificación de necesidades, de implementación de acciones, e incluso de diversos tipos y niveles de participación en los mismos procesos comunicacionales y de producción audiovisual, existe una gran necesidad de sistematizaciones al respecto, por lo que queda parcialmente invisibilizada la posibilidad de reflexión sistemática. Por ello consideramos que ésta es sin duda otra deuda pendiente.

Visibilizamos otra serie de tensiones y desafíos emergentes que requieren de un análisis más profundo, pero no queremos dejar de enunciarlos al menos. Se trata de los relacionados con pensar la promoción (y la comunicación en salud) como política pública. Al menos dos aspectos nos parecen importantes señalar al respecto. El primero referido a la complejidad de nuestro sistema de salud. Nuestro país tiene una organización federal, cada una de las 24 jurisdicciones tiene autonomía en la organización y cobertura en salud, pero al Estado Nacional le compete la función rectora y articuladora en salud que garantice salud en todos los niveles y a todas las personas. Asimismo, es un sistema organizado trisectorialmente (sector público, privado y de obras sociales). Los análisis al respecto muestran que:

El Sistema de Salud Argentino es un sistema altamente fragmentado y desarticulado en sus diferentes niveles, con actores e intereses heterogéneos y superposición de usos, sobreutilización y dobles coberturas en algunos casos. Los datos analizados muestran que las reformas en salud implican a una serie de actores con diversos intereses que tensionan su implementación y permiten comprender algunas de las razones por las que los diferentes actores deciden impulsarlos u obstaculizarlos, así como el costo político que implica sostener los cambios necesarios. Cada subsector tiene una lógica de funcionamiento y de mantenimiento que guarda una delicada relación e interacción con el resto para subsistir, que se actualiza y modifica en función de las diferentes tramas de juego que se activan en el campo. A su vez, los diferentes niveles (nacional, provincial y municipal) necesitan de una serie de tramitaciones no siempre, ni necesariamente obligadas, pero que requieren de articulación y coordinación para cumplir con los principios de equidad y universalidad en el acceso y cobertura y los compromisos políticos nacionales e internacionales asumidos. Si bien existen instancias específicas de articulación a nivel nacional como el COFESA y el COFELESA para salud en general y el COFESAMA y el COFEDRO para salud mental y adicciones, sus posibilidades de gestión y articulación no han sido siempre las mismas. Éste sigue y seguirá siendo uno de los principales desafíos, en tanto se trata de un entramado estructural teniendo en cuenta su división en tres subsistemas y la autonomía jurisdiccional, que requiere además que la organización del sistema incluya acciones específicas para abordar las transformaciones poblacionales (envejecimiento, enfermedades crónicas y nuevos requerimientos) y las transiciones en salud, en la diversidad y amplitud territorial, económica, social y cultural de la República Argentina (Bottinelli, 2013: 396).

Dado que la salud es entendida como derecho, es responsabilidad del Estado en todos sus niveles y en todo el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado. En consecuencia, tal como lo señala el mismo MSAL en los enunciados del Plan Federal de Salud 2010-2016, sigue siendo

un desafío para el rol rector del MSAL la articulación entre todos los sectores y actores implicados (Plan Federal de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2010-2016).

En este sentido, la creación de la Comisión de Comunicación CGIPyC en el MSAL en 2009 es un hito relevante. Sin embargo, entre los desafíos planteados y el análisis y mapeo de actores y acciones en marcha, emergen problemas comunes a nivel institucional (fragmentación, desconocimiento, etc.); a nivel de las prácticas (falta de especialistas, problemas con tiempos, funciones asignadas y asumidas, existencia de responsables específicos, representaciones de los gestores, los profesionales y la población sobre la comunicación y el lugar de los medios en la comunicación en salud, entre otros); a nivel de las reflexiones sobre los alcances de la función de la comunicación (como medio de expresión de lo que los otros proponen, como función estratégica, como parte de la promoción, como parte de las responsabilidades y funciones del MSAL, etc.).

En segunda instancia consideramos necesario resaltar brevemente las diversas transiciones que requieren ser consideradas al pensar las políticas de salud y la organización de los sistemas de salud. Gómez Temporao, en la cumbre de ministros de salud de UNASUR reunidos durante 2012 plantea que:

Los sistemas de salud son estructuras dinámicas e hipercomplejas, no podemos pensar más en la salud en nuestros países sin considerar las profundas transformaciones coyunturales y estructurales que las sociedades están atravesando en varios campos y dimensiones, y que se expresan en sus sistemas de salud (Gómez Temporao, 2012: 64).

El autor considera que podemos denominar a estas transformaciones como transiciones en el campo de la salud pública y señala la importancia de pensar los desafíos que presentan en la planificación y gestión en salud. Describe al menos siete transiciones: la demográfica; la del perfil epidemiológico; la de los cambios en los patrones alimen-

tarios; la de la tecnología; la cultural; la organizacional; la económica, la científica y de innovación. Estas transformaciones pueden evidenciarse en múltiples análisis e investigaciones en los que se proveen datos recientes y comparados de los cambios producidos y se reclaman propuestas de abordaje intersectoriales y participativas. En el campo de la salud los cambios constantes y profundos relevados interpelan no solo la viabilidad y eficacia de las acciones, sino además la pertinencia, adecuación, efectividad, eficacia y flexibilidad de las formas de organización de los sistemas de salud y las políticas y planes diseñados para abordarlos (Bottinelli, 2013).

Nuestro país presenta una heterogeneidad de conformación sociocultural, con poblaciones originarias y componentes migrantes de diversos períodos y procedencias (europeas inicialmente y posteriormente limítrofes y regionales, aunque últimamente incluye asiáticos y africanos) que generan una mixtura de tradiciones y procesos culturales que mantienen algunas características de origen y otras que se hibridan (García Canclini, 1989) en el territorio. Las provincias más pobladas coinciden con las que tienen mayor inversión económica, producto bruto elevado y son el eje de consumo e inversión del país (Bottinelli, 2013). Esta diversidad de características sociodemográficas, económicas y culturales de nuestro país, no sólo entre las regiones sino al interior de las mismas, presenta un desafío a la hora de contextualizar la comunicación en salud.

La última tensión emergente de nuestro análisis que plantearemos en esta presentación consiste en revisar y ajustar el paralelo de los cambios en educación, comunicación y salud. Los desarrollos teóricos, tanto en materia de salud como de comunicación, están virando el foco de atención descentralizando el rol del efector al usuario. Esto permite entretener el proceso de consolidación de la Comunicación para la Salud, pensando cómo operan estas rotaciones en tres campos.

Una de las tensiones que se puede apreciar tanto en la perspectiva de la educación como de la comunicación y de la promoción de la salud es entre modelos. En los tres casos coincide la coexistencia de lo que podríamos identificar como dos tipos de modelos de pensamiento que podrían caracterizarse como modelos determinísticos y modelos diversificantes. Los modelos determinísticos son lineales y tienen la característica de ser verticalistas y unidireccionales, mientras que los modelos diversificantes tienden a la horizontalidad de los procesos y la pluralidad de actores. Dependiendo de la perspectiva desde la que se aprecien estas tensiones pueden rastrearse como más o menos históricas, lo que no quita que sean atributos característicos de la actualidad del debate.

En este sentido, desde la educación encontramos en un polo el modelo llamado tradicional de enseñanza, el de la transmisión o transferencia del conocimiento, que considera al alumno como *tábula rasa*, todo lo cual caracteriza el *modelo determinístico*. En el otro polo, podemos ubicar las teorías más transformadoras: las múltiples pedagogías de Freire, en particular Pedagogía de la Autonomía o el método emancipador de Joseph Jacotot repuesto por Rancière en el ya no tan flamante Maestro Ignorante, entre muchas otras prácticas del *modelo diversificante*.

Por otra parte, desde la perspectiva de la comunicación, el ampliamente trabajado modelo lineal de la comunicación de Shannon y Weaver vendría a ubicarse en el polo de los modelos determinísticos, en tanto se consolida en la base de los procesos de comunicación de masas. Por el contrario, en el polo de los modelos diversificantes encontramos el llamado modelo orquestal de la comunicación, basado en los desarrollos de Bateson y Watzlawick entre otros, de la escuela de Palo Alto, así como también propuestas elaboradas en Latinoamérica. Éste elimina el sentido verticalista, se concibe como esencialmente social (a diferencia del modelo matemático del otro polo) e introduce la dimensión comunitaria de la comunicación.

Por último, desde la perspectiva de la promoción de la salud estos polos opuestos podrían identificarse con las tensiones entre el modelo biomédico y el de los determinantes sociales de la salud. En el extremo de los modelos determinísticos, el modelo biomédico confunde sistemáticamente la promoción con la prevención y formula prescriptivamente una serie de recetas y “buenas” prácticas saludables con las que los pacientes son instruidos del mismo modo que se recetan medicamentos. En cambio, en el polo de los modelos diversificantes, el modelo de los determinantes sociales invierte la lógica de la determinación y no es el modelo el que determina sino el entramado social. Nos encontramos aquí con las propuestas que consideran las necesidades contextuadas de los usuarios del sistema de salud y que promueven la apropiación de las prácticas y el intercambio de estrategias entre actores. Son las perspectivas de la salud colectiva y la salud comunitaria, entre muchas otras.

Así, los modelos determinísticos se configuran de acuerdo a la necesidad de encajar las prácticas sociales en torno a los límites y formatos de dicho modelo, mientras que los modelos diversificantes se configuran ellos mismos a partir de la diversidad de las experiencias.

De esta manera, las tres dimensiones propuestas (educación, comunicación y promoción para/en/de la salud) coinciden en la definición de tensiones polares de relación hegemónica de unas sobre otras. El desafío que se identifica es el de superar estas tensiones, escapando a las disputas entre defensores y detractores de uno y otro modelo sin negar los antagonismos. En este sentido podemos apreciar que actualmente el viraje coincide en focalizarse sobre el usuario/aprendiz/receptor. A nivel nacional se pueden pensar que conquistas tales como la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual y la Ley Nacional de Salud Mental (entre otros) son expresión de este viraje, de este cambio de sentido y focalización.

Sin embargo, no deja de ser preocupante que las tensiones aquí descritas son condición de posibilidad para el endurecimiento y rigidez de ambas posturas, incluso de los defensores de las posturas más flexibles.

En este sentido, una tercera posición se puede pensar dialécticamente como una diagonal que atraviesa el cuadrante demarcado por los modelos determinísticos (verticales) y diversificantes (horizontales). Una suerte de abordaje diagonal² que conserva los aportes de las diferentes perspectivas, suprime las contradicciones en sus propuestas y las supera cualitativamente en un salto enriquecedor que no desconoce la génesis y los múltiples aportes intervinientes en sus propuestas. Esta especie de tercera posición identificada se presenta como una salida tangencial que requiere, cuanto menos, ser explorada. Claro que con la cautela que una línea de fuga requiere.

² En este sentido, en el documento “Aprovechando la Comunicación para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio”, la ONU describe una perspectiva de consenso entre modelos para el campo de la comunicación para el desarrollo. Se trata de la preferencia de un acercamiento holístico e integral de los procesos que abarque ambos modelos, tanto verticalistas como horizontales, en una suerte de abordaje “diagonal”.



A modo de cierre y apertura al debate

Las relaciones entre salud y comunicación se evidencian entonces como un campo complejo con múltiples niveles de análisis y actores/agentes involucrados. Por ende, investigar en salud desde esta perspectiva implica considerar el problema de que el hombre, su conducta, la acción social, los hechos sociales, los sistemas sociales, los procesos de cambio y sus contextos son producto y a la vez productores de ese objeto. Por tanto, su estudio involucra al investigador, lo atraviesa, él mismo es parte de lo que intenta captar. La inclusión de los valores y la historicidad complejizan el tratamiento *objetivo y universal de lo social*, a la vez que enuncian la multiplicidad de miradas, perspectivas y disciplinas que los abordan. Debemos reconocer entonces “el carácter irreductible de la salud a términos objetivos” (Galende, 2004: 7).

Lo anterior también implica pensar la complejidad del campo de la comunicación y de las diversas y múltiples disciplinas que participan de él (licenciados en audiovisión, en comunicación, en diseño de imagen, sonido, gráfico, periodistas especializados, cineastas, etc.). Además requiere identificar cómo se define la participación de cada uno y qué implica (la comunicación como herramienta, como medio, como proceso, como estrategia, etc.). Por otra parte, esto también implica el problema de pensar la forma y el contenido (como crítico o neutro) y la complejidad de comprender la síntesis ético valorativa de la articulación forma-contenido, incluyendo las perspectivas y aportes de la comunidad y las diferentes disciplinas implicadas no sólo desde la comunicación, sino desde la salud y la promoción de la salud en dichos procesos comunicacionales.

Asimismo implica pensar la complejidad de todos los procesos comunicacionales en salud desde la información (para reducir las brechas de información, de acceso, de cobertura de derechos y de reclamo de derechos, de efectivización); la relación médico/ profesional-paciente; la promoción o prevención; la rehabilitación; la visibilización de logros de gestión como “rendimiento de cuentas” de políticas públicas. Entonces entre los desafíos pendientes necesitamos investigar y pensar las preguntas ¿qué?, ¿a quién?, ¿quiénes? y ¿cómo? pero articuladas desde ¿por qué?, ¿para qué? y ¿desde dónde?

Podemos pensar a partir de lo antes expuesto los lugares que ocupan enseñantes, comunicadores, profesionales de la salud y promotores de la salud desde propuestas andamiantes en el sentido de Vigotsky, Freire y Baró (entre otros), que habilitan, posibilitan, viabilizan, empoderan y facilitan en el sentido estratégico y no como “apoyos operacionales” (en el sentido asignado por el European Communication Monitor en Pérez, 2011) o con una función de aplicación técnica. Esto nos exige simultáneamente revisar el sentido ético de estas posiciones estratégicas y una reflexividad en el sentido crítico, una vigilancia epistemológica de

nuestras propuestas sobre la implicación y responsabilidad constante en nuestro accionar que nos permita diferenciar un verdadero andamiaje que no homogeneice con recetas o fórmulas universales, ni se convierta en pura estructura comunicativa eficaz sin contenido.

Referencias bibliográficas

- Aguaded Gómez, J. I. (1995). *Educación y Medios de Comunicación en el Contexto Iberoamericano*. Editorial Ortega/Huelva: Huelva.
- Arenas Monreal, M.L. y otros (2013). Determinantes de la salud y escuelas saludables: experiencia en una región del centro de México. Ponencia realizada en el 15 Congreso de Investigación en Salud Pública. México.
- Argandoña Yañez, M. (2006) Módulo del Doctorado de Salud Mental Comunitaria, Mimeo. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús
- Arroyo, H. y Cerqueira, M.T, (editores) (1997) *La Promoción de Salud y la Educación para la salud en América Latina*. San Juan: Universidad de Puerto Rico.
- Bateson, G., Birdwhistell, R., Goffman, E., Hall, E. T., Watzlawick, P., Jackson, D., Scheflen, A. (1994). *La nueva comunicación*. (Y. Winkin, Ed.). Barcelona: Kairós
- Beltrán, L.R. (2011) *Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos*. OPS/OMS, La Paz, Bolivia. Disponible en: <http://goo.gl/gi7u9g>
- Bottinelli, M. M. (2013). "Promoción y educación para la salud en los planes y políticas de salud mental en Argentina. Tensiones y desafíos en la delimitación del campo de la promoción y educación para la salud mental". Tesis doctoral dirigida por el Dr. Emiliano Galende.

- Bottinelli, M. M. (2010). Las tesis como proceso de evaluación e investigación: un problema actual. Dificultades y estrategias en el armado de tesis en estudiantes de posgrado. Tesis de Maestría.
- Bottinelli, M. M. (2011). "El cuidado y la educación para la salud. Aspectos a considerar para la planificación de programas y la producción de conocimientos". En CD Jornadas de la Residencia de Educación para la Salud del GCBA. Buenos Aires.
- Bottinelli, M. M. (2009). Metodología de Investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo. Edición revisada 2009. EDUNLa.
- Bottinelli, M. M. (2006). Reflexiones sobre la ética en los procesos de salud y educación. Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Humanidades y Artes.
- Bottinelli y cols. (2007-2010) Proyecto de investigación "Representaciones Sociales de los estudiantes de enfermería sobre la vejez". Cod. 33/A049. Directora: M. Marcela Bottinelli. Proyecto bienal financiado. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.
- Bottinelli y cols. (2010-2012) Proyecto de investigación: "Interfases cuali y cuantitativas sobre las necesidades y competencias en la formación de recursos humanos en salud en el área del adulto mayor. Exploración desde la perspectiva de las instituciones, usuarios y efectores". Cód. 33A093. Directora: M. Marcela Bottinelli. Proyecto bienal aprobado financiado. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. Trabajo de investigación realizado con el apoyo de una Beca "Ramón Carrillo – Arturo Oñativia" para Proyectos Institucionales, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.
- Bourdieu, P.; Wacquant, L. (2008). "La lógica de los campos". En P., Bourdieu y L., Wacquant, Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Brown, J; Hiller, R; Lavigne, L; Costa, M; Straw, C., Perl, I. (2008) Intersecciones y cruces entre experiencias subjetivas y discursos sociopolíticos vinculados con los derechos sexuales y reproductivos (PICT 1145-2008). Proyecto de investigación con sede en IIGG-UBA.
- Brown, J. Sexualidades y derechos desde la perspectiva de las y los sujetos: los derechos (no) reproductivos y sexuales en tanto articulación de ciudadanía, sexo y cuerpo en la Argentina. (PIP 060). Proyecto de investigación con sede en IIGG- UBA.
- Bruno, D. y otros. (2011). Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. Revista de Comunicación y Salud. Vol.1, nº 2, pp. 5-18.
- Casas, L. (2009). Sala de Situación. La comunicación en epidemiología. Revista Argentina de Salud Pública. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina Vol. 1 – Nº 1.
- Cerqueira, M. T. (1997) Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. En Arroyo y Cerqueira (Eds.) La promoción de la salud y la Educación para la Salud en América Latina. Un análisis sectorial. San Juan de Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico
- Chardón, M.C., Bottinelli, M. M. (2000). Educación para la Salud y Prevención: ¿Es posible prevenir los accidentes? Salud y Prevención. Colección de 0 a 5. Novedades Educativas.
- Coe, G. A. (1998). Comunicación y Promoción en salud. Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación. Nº 63. '98.
- Disponible en <http://goo.gl/zNHKbD>
- Comisión Interagencial de la Conferencia Mundial sobre Educación Para Todos (1990). Declaración Mundial sobre "Educación para Todos" y Marco de Acción para Satisfacer las Necesidades Básicas de Aprendizaje, Conferencia

- Mundial sobre Educación para Todos (Jomtien, Tailandia, Marzo 1990). Nueva York: PNUD, UNESCO, UNICEF, Banco Mundial
- Consejo Asesor del SATVD-T (2012). Programa Polos Audiovisuales Tecnológicos.
- Disponible en: <http://goo.gl/5c36fS>
- Cumbre Mundial sobre la Sociedad de Información" (Ginebra 2003 – Túnez 2005). "Agenda de Túnez para la Sociedad de la Información".
- Disponible en: <http://goo.gl/eLTksr>
- Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fe de Bogotá, 1992. Disponible en: <http://goo.gl/ZnvlGa>
- Del Valle Rojas, C. (2003). Comunicar la Salud. Temuco Chile: Ediciones Universidad de la Frontera.
- Díaz, F. (2010-2011) Proyecto de investigación "El producto audiovisual en la formación de profesionales para la promoción de la salud en el área del adulto mayor. Construcción de un audiovisual documental desde la perspectiva de adultos mayores y familiares para la formación de profesionales de salud". Trabajo realizado con el apoyo de una Beca Carrillo-Oñativia de Iniciación en Investigación en Salud Pública del Ministerio de Salud de la Nación. Directora: M. Marcela Bottinelli.
- Díaz, F. y Bottinelli, M.M. (2011). El producto audiovisual en la promoción para la salud y formación de profesionales en el área del adulto mayor. Construcción de un audiovisual documental desde la perspectiva de usuarios y familiares para la formación de profesionales de salud. Proyecto e informe de beca. Comisión Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación
- Díaz, H. y Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Revista de Comunicación y Salud. Vol.1, nº 1, pp. 113-124

- Elichiry, N. (2000). Aprendizaje y construcción de conocimientos en Salud. En M. C., Chardon (Comp.) *Perspectivas e Interrogantes en Psicología Educacional*. Buenos Aires: EUDEBA y J.V.E Ediciones.
- Galende, E. (2004) Prólogo. En J. Samaja, *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Bs. As.: Lugar.
- García R. (2000) *El conocimiento como sistema complejo, y La teoría constructivista del conocimiento en: El conocimiento en construcción*. Barcelona: Gedisa.
- García, R. (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Buenos Aires: Gedisa.
- García Canclini, Néstor (1989). *Culturas híbridas: Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: Grijalbo
- Gómez Temporaio, F. (2012). *Sistemas Universales de Salud en el Mundo en Transformación*. En ISAGs Informe de Salud en América del Sur. ISAG
- Gumucio Dagrón, A. (2001). *Haciendo Olas. Historias de Comunicación Participativa para el Cambio Social*. Nueva York: Informe para la Fundación Rockefeller.
- Gumucio Dagrón, A. (s/f). *Comunicación para la salud: el reto de la participación*. Disponible en <http://goo.gl/xw713h>
- Igartúa, J. J. (2011). *Mejor convencer entreteniéndolo: comunicación para la salud y persuasión narrativa*. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.1, nº 1, pp. 69-83
- Jaramillo, A. (2003). *Tríptico Nuestra Universidad, Proyecto Estratégico de la Universidad Nacional de Lanús*. UNLa.
- Jaramillo, A. (2005). *Presentación*. En: C. Casali y cols. *Cuestiones de Educación Superior*. EDUNLA, Remedios de Escalada.
- Ley 26522 *Servicios de Comunicación Audiovisual*. Publicada en el Boletín Oficial el 10 de octubre de 2009. República Argentina

- Llaguno, M., Poyatos, M. D. y Ortiz Moncada, R. (2011). Cinco años de Código PAOS en España: un análisis DAFO. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.1, nº 1, pp. 31-41.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010) Plan Federal de Salud 2010-2016. MSAL.
- Mora Ninci, C. (2001). La Observación Dialéctica: problemas de método en investigaciones educativas. En Paulo Freire: la educación latinoamericana en el Siglo XXI. Buenos Aires: CLACSO.
- Moreira, P. J. y Camara Pestana, S. (2012). Saúde Web 2.0 e comunicação em saúde: a participação em comunidades virtuais em Portugal. *Revista de Comunicação y Salud*. Vol. 2, nº 2, pp. 47-62
- Moreno, A. R. y Peres, F. (2011). El estado del arte de la comunicación de riesgos en la región de América latina. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.1, nº 1, pp. 52-68
- Mosquera, M. (s/f). Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. Disponible en <http://goo.gl/T4Nrnh>
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la promoción de salud. Aprobada en la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Canadá 17-21 de noviembre de 1986. Disponible en <http://goo.gl/Nk7eOL>
- OMS (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Disponible en: <http://goo.gl/h31LQ0>
- OMS (2001). Healthy People 2010, volumen I. The State Family Planning Administrators (SFPA). Disponible en <http://goo.gl/M0OD4s>
- OPS (1990). 23ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Disponible en <http://goo.gl/YgIdJq>
- OPS (1992). Manual de Comunicación Social para Programas de Salud. Washington, D.C.: Editorial OPS.
- OPS (1995-1998). Orientaciones estratégicas y programáticas. Disponible en <http://goo.gl/zOFqJg>
- OPS (2001). Informe Anual del Director. Promoción de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS.

- OPS/OMS (2000). Funciones esenciales de la salud pública. 126 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C.
- OPS/OMS (2001). 43º Consejo Directivo 53ª Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 24 al 28 de septiembre de 2001. INFORME FINAL. Disponible en: <http://goo.gl/PHhRqX>
- Pérez Tornero, J. M. (1993). Televisión Educativa. Madrid-España: UNED.
- Pérez Tornero, J. M. (2000). Comunicación y Educación en la Sociedad de la Información. Barcelona: Paidós.
- Pérez, R. A. (2011). El año en que la comunicación se volvió estratégica. DIRCOM N° 92 Diciembre 2011. Recuperado en: <http://goo.gl/Rx5Cf6>
- Petracci, M.; Cuberli, M.; Palopoli, A.; Lois, M.; Brown, J.; Mattioli, M. Straw, C. (2011). Aborto y fertilización asistida en las agendas de la opinión pública y los medios de comunicación. En IX Jornadas Nacional de Debate Interdisciplinario en Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Petracci, M.; Cuberli, M. Mattioli, M. Straw, C. Brown, J. Carral, L. Pardo, C. Palopoli, A. Rodríguez Zoya, P. La salud en la trama comunicacional contemporánea. UBACyT 2011-2014. Proyecto de investigación con sede en IIGG- Facultad de Ciencias Sociales- UBA.
- Prieto Castillo, D. (1999). La Comunicación en la Educación. Buenos Aires: Ciccus.
- Samaja, J. (1993). Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires: EUDEBA.
- Samaja, J. (2004). Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar.
- Sanabria Ramos, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. Revista Cubana de Salud Pública, Vol.33, N°2. La Habana enero 2007. Disponible en: <http://goo.gl/xCBVEE>

- Shannon, C.E. (1947) *The Mathematical Theory of Communication*, Volume 1. University of Illinois Press, Illinois, USA.
- Sigerist, H. (1946) *The social sciences in the medical school*. En H. Sigerist (Ed.) *The University at the Crossroad*. Nueva York: Henry Schumann Publisher.
- Soares da Silva, M. y Peres, F. (2011). Quando a comunicação se restringe a rotulagem: amplificando os riscos associados ao uso de agrotóxicos no meio rural brasileiro. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.1, Nº 1, pp. 84-100.
- Souza Campos, G (2001). *Gestión en Salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Stolkiner, A. (1987). "Supuestos epistemológicos comunes en Salud y Educación". En N., Elichiry, *El niño y la escuela*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Terrón Blanco, J. L. (2011). El tratamiento del VIH-sida en los periódicos españoles, una investigación colaborativa. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.1, Nº 1, pp. 4-17.
- Universidad Nacional de Lanús (1998). *Proyecto Institucional*. Segunda Edición, versión corregida según recomendaciones de la CONEAU, Lanús, Provincia de Buenos Aires.
- Valadez Figueroa, I; Villaseñor Farías, M; Alfaro, N. (s/f). Educación para la salud: la importancia del concepto. Revista electrónica: <http://goo.gl/ZtJL4V> .Recuperado el 10 de marzo de 2013.
- WHO – World Health Organization (1998) *Promoción de la Salud*. Glosario. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Disponible en: <http://goo.gl/gGrZ3D>
- Winslow C.E.A. (1997). "The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign". En H., Arroyo M. T., Cerqueira (Eds.), *La Promoción de Salud y la Educación para la salud en América latina*. San Juan: Universidad de Puerto Rico.

Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud

IANINA LOIS

Presentación

El presente documento tiene como objetivo principal problematizar algunos de los ejes que recorren el campo de la comunicación y salud. En sus páginas no se van a presentar resultados ni avances de investigaciones, como así tampoco adelantar agendas a futuro, sino que se propondrán una serie de preguntas y reflexiones críticas cuyo fin es enriquecer discusiones y desarrollos conceptuales y abrir el debate también sobre las prácticas y experiencias profesionales desarrolladas en el marco que nos convoca.

Como primera entrada, se reflexiona de manera general sobre el campo de la comunicación y salud y se propone una organización en tres andariveles, que con frecuencia se superponen en sus objetos y énfasis, pero que es posible distinguir. A continuación, a modo de diálogo, se realizan algunos comentarios en torno a esquemas conceptuales que se encuentran en muchos de los trabajos recientes de nuestra región sobre comunicación y salud. Particularmente se intenta problematizar el esquema que clasifica las concepciones y prácticas de comunicación en salud en dos grandes grupos. Por último, se plantea una ampliación del relato

sobre la historia de la comunicación y salud en nuestro país y región, reconociendo la influencia de ciertos procesos históricos que no han sido tan visibilizados como otros.

Las fuentes de estas reflexiones son múltiples, algunas provienen de mi trabajo e investigación para la tesis de la Maestría en Políticas Públicas y Género de PRIGEPP/FLACSO, en la cual fui dirigida por la Dra. Mónica Petracci; otras son inspiradas por mi experiencia profesional de gestión en organismos de salud pública, en los cuales he coordinado y conformado equipos de comunicación de diversas áreas; algunas surgen de las discusiones e intercambios con estudiantes y colegas dentro del Área de Comunicación y Salud de la Carrera de Comunicación de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA; y también ciertas cuestiones aparecen a partir del trabajo con fuentes históricas que me encuentro desarrollando en la actualidad, en torno a la conformación de la obstetricia en Argentina y la configuración de la maternidad como asunto médico-político, tema sobre el que versará mi tesis de doctorado.

Vale aclarar que estos comentarios no tienen como fin la exhaustividad, sino que buscan poner en relieve ciertos interrogantes y relaciones que se configuran en este espacio. Es un documento pensado para abrir el debate, el intercambio y la reflexión.

Sobre el cruce de la comunicación y la salud

Podríamos comenzar diciendo que la relación entre *comunicación y salud* es de larga data. Como antecedentes vale mencionar el surgimiento del periodismo científico –cuyo fin es divulgar las novedades científico-médicas y aportar a la configuración de una *cultura científica* (Terán, 1983)–, a partir del cambio del siglo XIX al XX, en la cual convergen diversas influencias y conviven conceptos como *progreso*, *evolución*, *raza*, *lucha por la vida*, *selección natural*, *organismo*

y enfermedad social, estadios humanos inferiores y superiores y determinación biológica, entre otros, que son usados para dar cuenta de fenómenos sociales, políticos, culturales y económicos. También es posible mencionar el rol de la publicidad de las medicinas patentadas en el desarrollo de la prensa escrita y la actividad publicitaria de esos años, en paralelo con la expansión de la industria farmacéutica; o el reconocimiento en textos fundantes de la sociología moderna como son los de la Escuela de Chicago donde se describe el rol central de la prensa en la formación de opiniones y valores en las sociedades industriales en crecimiento (Thomas y Znaniecki, (2004 [1918])), que se traducen en prácticas sociales, entre las cuales se encuentran los procesos de salud y enfermedad, transformados reciente y abruptamente por la reorganización social ocurrida ante la ampliación de las ciudades y la inmigración masiva desde zonas rurales hacia espacios urbanos, con la consecuente ruptura de los lazos comunitarios tradicionales.

Sin embargo, reconociendo estos antecedentes como un cimiento o molde flexible, afirmamos que es reciente su conformación y desarrollo como un campo, en nuestro país y en la región latinoamericana. Desde no hace tantos años académicos/as y profesionales-técnicos han problematizado la definición y estatuto de la comunicación en el campo de la salud, dando cuenta de la complejidad de los usos del concepto que van desde comprenderla como un instrumento a concebirla como hecho cultural y producción social de sentidos, y las consecuencias de estas definiciones en las prácticas (Lois y Maier, 2012). Correlativamente, desde la práctica profesional, la presencia de comunicadores/as en instituciones de salud es relativamente novedosa. Más allá de algunas experiencias aisladas, es recién desde hace unos años que se han empezado a conformar áreas de comunicación en diferentes secretarías, direcciones, programas y servicios que tienen a su cargo políticas de salud. En la actualidad es posible observar que en la mayoría de los ministerios de salud pública –de la nación y las provincias–

hay áreas de comunicación y comunicadores con funciones diversas. Sin embargo, esta novedosa generalización no se da de manera homogénea, ni responde a un modelo unificado de comunicación y salud.

Algo similar ocurre en las instituciones académicas donde en los últimos tiempos es creciente el interés por estos temas, interés que se ha plasmado en diversas configuraciones institucionales ya sea bajo la forma de proyectos de investigación o extensión universitaria, creación de áreas específicas al interior de las carreras de comunicación social, incremento de tesinas de grado y posgrado por parte de estudiantes que han elegido estos ejes para sus investigaciones y prácticas, entre otras. En esta línea debe leerse la conformación a mediados de 2012, del Área de Comunicación y Salud de la carrera de Ciencias de la Comunicación de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, así como la propuesta de esta mesa temática en la presente edición de las Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población organizadas por el Instituto de Investigaciones Gino Germani.

En este contexto, una de las cuestiones que aparece a la hora de pensar en el devenir del campo es la cuestión de los límites y alcances; como así también la de sus dimensiones propias o subdimensiones. A continuación, se presentarán algunas reflexiones organizadas en diferentes ejes: por un lado se explicitan una serie de preguntas en torno a la relación fundante entre los dos conceptos en cuestión (comunicación / salud); luego se desarrollan algunas líneas sobre la tensión entre investigación e intervención en este campo; y por último se exponen algunas propuestas en las que se han elaborado sus dimensiones internas y se arriesga un modelo de organización.

Partiendo de la idea de un campo en formación, es posible encontrar aportes provenientes de diferentes disciplinas y con fines disímiles. Una entrada posible es reflexionar sobre la relación, vinculación y tensión entre estos dos conceptos: *comunicación y salud*, y el tipo de vínculo que

implica la conjunción “y”. A primera vista se observa una relación no simétrica ni en igualdad de condiciones, sobre todo si pensamos en las disciplinas que encarnan cada uno de los conceptos: las ciencias de la salud, dominadas por las ciencias médicas y las ciencias de la comunicación, como parte de las ciencias sociales. La comunicación social, como disciplina profesional y científica –y exceptuando los desarrollos del periodismo médico-científico que han recorrido un camino diferente– todavía se encuentra en una instancia de legitimación y consolidación, es una de las últimas en ser reconocida para aportar a los temas de salud y en ocasiones lo hace desde un lugar accesorio o no central. En esta discusión también es posible señalar que el crecimiento del campo ha sido impulsado mayormente desde las carreras de comunicación social y espacio profesionales que trabajan en la temática y en menor medida desde las carreras de medicina o instituciones científico-médicas.

En este punto, la cuestión interdisciplinar aparece fuertemente: si la salud no es solamente una cuestión de la medicina, habrá que aceptar que la comunicación no es sólo un asunto de los comunicadores.

Otro de los ejes posibles para organizar estos aportes es el de la distinción entre aquellos desarrollos cuyo fin es la investigación y aquellos cuyo fin principal es la intervención en procesos sociales de salud-enfermedad-atención. Aun reconociendo que estas dos dimensiones se ven superpuestas en muchos de los usos prácticos de los desarrollos –las investigaciones académicas se suelen utilizar para enmarcar y orientar acciones y proyectos de intervención y la sistematización de intervenciones muchas veces da origen a una investigación de tipo académica–, se considera pertinente sostener este eje.

Así desde el eje de la investigación encontramos trabajos sobre la comunicación y la difusión de información –sus posibilidades y límites– para el cambio de comportamiento, mayormente individual o familiar, pero también social y comunitario (Kornblit y Petracci, 2000; Nájera, 1990). Tam-

bién es posible encontrar investigaciones sobre las políticas públicas de salud (Petracci; Quevedo y Vacchieri, 1998); sobre las percepciones y representaciones de ciertas problemáticas de salud por parte de algún grupo de población (Petracci, 1994; Zamberlin, 2011) y sobre las modalidades de abordaje de los temas de salud en los medios de comunicación (Gambaccini, Ciccone, Girolami, Ramírez Barahona y Salerno, 2007).

Otra línea de estudios, más cercano al eje de la intervención, pone el foco en lo que se llama comúnmente “la relación médico-paciente”, que desde una mirada más compleja implica la relación entre los integrantes de los equipos de salud y los usuarios de los mismos, observando que las características de ese vínculo tendrán incidencia en los procesos de salud-enfermedad-atención.

Entonces siguiendo con el eje investigación-intervención, si aceptamos que la vinculación propuesta resulta un constructo que supone que ambos conceptos constituyen cuestiones de por sí existentes o posibles, aparece una problemática que da lugar a varios interrogantes. Así, es posible preguntarse si la comunicación en salud ha de entenderse como estado, relación o proceso, o todos a la vez. Si el objetivo último será concebido como resultado, proceso o ambos, y si se tiene claro para quién y con qué objeto. Es decir, las preguntas pueden multiplicarse en la medida que las diversas dimensiones que explican y hacen o reproducen lo social aparecen en escena para delimitar la realidad que de por sí se toma como objeto.

Por último, pensando en las dimensiones propias del campo es posible encontrar algunos aportes interesantes como la reciente compilación de trabajos sobre comunicación y salud realizada por Petracci y Waisbord (2011) donde hay artículos con enfoques diversos, como los que abordan la construcción de las noticias de salud en los medios, la comunicación en instituciones de salud en las que se valori-

za la comunicación interpersonal y educacional, el análisis de campañas e intervenciones comunicacionales en salud y la incidencia de la comunicación en las políticas de salud.

Por su parte, Uranga, Femia y Díaz (2002) analizan tres situaciones de comunicación para la salud que consideran que agrupan las prácticas dominantes en comunicación para la salud en América latina: la relación médico-paciente en los servicios de salud, las campañas de educación para la salud y el periodismo científico.

Continuando con este esquema en tres entradas, desde este trabajo se propone una organización del campo en 3 subgrupos: la dimensión de los discursos de salud-enfermedad-atención en la opinión pública, sobre todo en los medios de comunicación; la dimensión de las acciones comunicacionales impulsadas y desarrolladas desde las instituciones de salud, sean servicios u organismos como secretarías, áreas o ministerios, es decir campañas y otras estrategias de difusión de información sobre salud, de promoción de la salud y de prevención de enfermedades; y la dimensión de la comunicación interpersonal, grupal o comunitaria en los procesos de salud-enfermedad-atención, que aun con sus diferencias de escala es posible ubicar en un mismo andarivel.

Sobre la tensión entre instrumental – procesual

A modo introductorio de este apartado, a la vez que partimos de la afirmación de la complejidad de los procesos de comunicación social, reconocemos que la salud y la enfermedad son también fenómenos complejos que van más allá de un virus, una bacteria y/o una dieta equilibrada; reconocemos también que su abordaje requiere de múltiples dimensiones y escalas, y que además de su dimensión biológica cargan con un repertorio de prácticas significa-

tivas y construcciones discursivas. En este sentido, resulta interesante la afirmación del historiador Diego Armus respecto a que:

Las enfermedades también pueden ser una oportunidad para desarrollar y legitimar políticas públicas, canalizar ansiedades sociales de todo tipo, facilitar y justificar el uso de ciertas tecnología, descubrir aspectos de las identidades individuales y colectivas, sancionar valores culturales y estructurar la interacción entre enfermos y proveedores de atención de salud (Armus, 2005: 14).

Podríamos agregar a esto que también legitiman patrones sociales que se plasman en discursos, impulsan el desarrollo de acciones de información, difusión y promoción, entre otras dimensiones relacionadas con la comunicación social.

Desde este trabajo se propone una mirada de las prácticas sociales de salud-enfermedad-atención que comprenda las desigualdades en el acceso a los recursos (de distinto tipo) y los procesos de significación e intercambio de sentidos. Es decir, dé cuenta de la multiplicidad de dimensiones desde donde acercarnos al cruce de la comunicación y salud, advirtiendo que es un espacio que se ha ido nutriendo de teorías, metodologías, políticas, prácticas, tecnologías, actores, instituciones, agendas, relaciones de poder y disputa de sentidos, en un marco de escenarios sociales complejos (Lois y Maier, 2012).

En este marco, a continuación, se van a realizar algunos comentarios en torno a los esquemas conceptuales que se encuentran en muchos de los trabajos recientes de nuestra región sobre comunicación y salud. Se intentará reflexionar sobre el esquema que clasifica las concepciones y prácticas de comunicación en salud en dos grandes grupos: procesual e instrumental-lineal. Diversos estudios recientes coinciden en postular la distinción entre dos modelos básicos y con

frecuencia antagónicas; distinción fundada en uno de los términos de la relación comunicación-salud y es la que está marcada por el primero de los componentes.

A grandes rasgos se observa una construcción dicotómica, donde en uno de los extremos se ubicaría el denominado modelo tradicional de comunicación, centrado en el uso y manejo de técnicas y medios de comunicación, y en el otro, el modelo relacional que da cuenta de los procesos de producción social de sentido.

Uno de los primeros en advertir una tensión entre dos paradigmas fue Silvio Waisbord en su trabajo sobre modelos de comunicación para el desarrollo. El autor marcó las diferencias entre un modelo que ponía el énfasis en el cambio de comportamiento individual y otro que lo hacía en la transformación de los determinantes sociales de la salud. Este autor planteó un esquema de doble entrada que postulaba las características de cada uno: explicaciones culturales vs. explicaciones ambientales del subdesarrollo; teorías e intervenciones psicológicas vs. teorías e intervenciones sociopolíticas; modelos de actitud y comportamiento vs. modelos estructurales y sociales; desarrollo de intervenciones centradas en el individuo vs. desarrollo de intervenciones centradas en la comunidad; modelos de comunicación jerárquica y orientados por el emisor vs. modelos de comunicación horizontal y participativa; concepciones de audiencias y poblaciones activas vs. concepciones de audiencias y poblaciones pasivas; y enfoque de la participación como medio vs. enfoque de la participación como fin y derecho.

En esta línea, algunos autores/as (Beltrán, 1995; Prieto Castillo, 2000; Díaz y Uranga, 2011; Cuberli, 2008) se apoyan en una mirada crítica al primer modelo mencionado y argumentan que esta perspectiva se basa en un esquema de estímulo-respuesta que otorga gran preeminencia a la función de los medios masivos de comunicación, concebidos como espacios neutrales en la construcción de sentidos y cuyo fin primordial es informar o difundir.

Díaz y Uranga reconocen dos grandes perspectivas en el campo de la comunicación y salud.

Por un lado, una perspectiva de marcado carácter instrumental para la cual la comunicación es mera transmisión de información desde un emisor a un receptor con el objetivo de manipular y controlar las conductas individuales y colectivas. Por otro lado, la perspectiva relacional de la comunicación, que la define como el proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural (...). En el caso de la concepción instrumental, se concretó en prácticas en las que los comunicadores (o más reducido aún, los periodistas o publicistas) éramos llamados a aplicar nuestras técnicas una vez que los expertos en Epidemiología y Salud Pública ya habían definido hacia dónde querían torcer la realidad; prácticas que tenían el simple objetivo de difundir las actividades de determinado programa de salud entre la población a través de los medios masivos de comunicación durante la implementación de las acciones. Esta perspectiva, todavía vigente en las prácticas de muchos actores, se sustenta en la ilusión de que el emisor es capaz de controlar casi hipnóticamente las conductas de los receptores, lo que impide sacar provecho de las potencialidades que la comunicación ofrece como herramienta para facilitar e impulsar el cambio, de forma gradual e integrada, en proyectos más amplios que tomen en cuenta la complejidad social (Díaz y Uranga, 2011: 6-7).

En contraste con esta descripción, los autores proponen una concepción relacional para entender la comunicación para la salud.

Se propone como una perspectiva integral e integradora, que intenta articular desde el comienzo los saberes y miradas de los diversos actores que participan en un proceso de salud. En esta perspectiva, las iniciativas de comunicación apuntan prioritariamente a conocer los lenguajes, el modo de relacionarse y los vínculos y mediaciones existentes en cada comunidad, para desde allí trabajar las problemáticas de salud sin escisión posible del espacio de lo cotidiano, de la cultura local,

como ámbito ineludible de la representación de los problemas. Ya no se trata sólo de enviar información y difundir el mensaje que se quiere transmitir, sino de interactuar con los destinatarios, para construir sentidos colectivos y discursos que refieran a sus necesidades y problemas percibidos, que se discutan y resignifiquen en sus espacios y ámbitos colectivos (Díaz y Uranga, 2011: 7-8).

Estos autores apuestan a que el cambio en la perspectiva de la comunicación para la salud aporte ya no a:

(...) controlar las conductas de los individuos desde una instancia superior (llámese Estado o cualquier otra entidad promotora de una acción de salud), sino de que sean los propios individuos los que adquieran conocimientos y habilidades para adoptar decisiones más saludables. En resumen, pasamos de una idea de control a la de autocontrol, de la dependencia a la autonomía (Díaz y Uranga, 2011:8).

Con algunos puntos coincidentes con este planteo, Cuberli define a la perspectiva instrumental como aquella que, a través de una mirada reduccionista, asocia la comunicación al uso y manejo de técnicas y medios de comunicación. La autora coloca dentro de esta perspectiva de comunicación en salud al *Abordaje Pragmático*, del cual afirma que se basa en la búsqueda de una transmisión eficaz y eficiente de la información y la comunicación, y como parte del mismo:

(...) se posiciona el enfoque de Generación de Efectos, en el que subyace una concepción de los medios masivos valorizados como omnipotentes, capaces de inyectar valores y actitudes a las personas modificando sus conductas (Cuberli, 2008: 2).

Otra corriente mencionada por la autora es la de los *Efectos Limitados*, denominada también *estudios empíricos sobre el terreno*, que aborda la influencia en las relaciones comunitarias. En un doble movimiento, Cuberli se coloca en una posición crítica a la perspectiva instrumental:

(...) por reducir la comunicación a la transmisión de sentido y los medios de comunicación a transportadores de señales -lo que imposibilita analizar la complejidad de los procesos comunicacionales (Cuberli, 2008: 2).

Plantea así el surgimiento de un enfoque superador de la perspectiva anterior que denomina *visión relacional de la comunicación*. En este modelo predomina una concepción de la comunicación como proceso de producción social de sentido, donde son consideradas:

(...) las cuestiones estructurales y los contextos en los cuales los sujetos generan sus ideas e imaginarios, dado que los procesos comunicacionales no son autónomos de las condiciones en las cuales se producen (Cuberli, 2008: 3).

Desde esta mirada, esta perspectiva de la comunicación superaría la mera construcción de estrategias y elaboración de mensajes y promovería el análisis de las prácticas y sentidos que posibilitan los vínculos entre los diferentes sujetos y la construcción de lo social.

Con seguridad que este constructo teórico resulta fecundo para el análisis y la categorización del campo, dado que logra poner en relieve ciertas prácticas y definiciones a la hora de describir la situación de políticas públicas, formas de organización y atención de los servicios de salud, relaciones entre profesionales de la salud y los destinatarios, etc. Sin embargo, se considera que, en una cierta lectura, genera una imagen de polos excluyentes que pueden obstaculizar un abordaje más complejo del fenómeno. Desde el punto de vista empírico-profesional en muchas ocasiones los/las comunicadores/as en salud (ya sea en los servicios o

en instituciones rectoras de políticas públicas), muchos de ellos formados en estos marcos conceptuales, se encuentran tensionados entre estos dos polos dicotómicos, creyendo que deben optar por uno u otro modelo, reduciendo así su mirada del proceso comunicacional y no valorando la potencia, capacidad y utilidad de los instrumentos, ya no desde un uso concebido como neutral, sino como situado, contextual e histórico.

En este sentido, se considera interesante correr el eje de la discusión y abandonar la dicotomía procesos vs. instrumentos. Pasar así a una idea de la comunicación en salud como campo estratégico para la puesta en escena pública de problemáticas sanitarias y disputas por el acceso a derechos de diversa escala, donde también se juega tanto el sentido de cuestiones estructurales de la vida social, como las condiciones de salud de las poblaciones, o el acceso a los servicios médicos en espacios comunitarios. La comunicación en salud surge así como proceso de producción, intercambio y negociación de significados y formas simbólicas, mediados por instrumentos y herramientas diversas, que en su uso implicarán una forma de concebir las relaciones entre las instituciones de salud y las poblaciones a quienes se dirigen, como así también una forma de comprender el tipo de características que rigen esos intercambios, a la vez que referirán implícita o explícitamente a marcos interpretativos sobre las prácticas de los diferentes grupos sociales en relación a su salud.

Asimismo, desde la perspectiva de la población, es necesario asumir que la información no puede quedar afuera del proceso de salud-enfermedad-atención, dado que a partir de la información es posible tomar decisiones informadas, decisiones que pueden coincidir o no con los modelos sociales configurados por las instituciones de salud. En las sociedades complejas en las que vivimos necesitamos de instrumentos y herramientas para que la condición de la información como garantía del derecho a la salud sea posible, por lo cual los instrumentos son parte necesaria de

la dimensión relacional y no quedan por fuera del modelo, sino que lo median y son puestos en juego en los procesos que impulsemos.

Entonces, la discusión no será ya entre instrumental o procesual, sino que entendemos que en los procesos comunicacionales de salud-enfermedad-atención se ponen en juego herramientas e instrumentos diversos; por lo cual el eje pasa a ser en qué modelos ideológicos se inscriben estos procesos, quiénes, cómo y con qué objetivos asumen el uso de esos instrumentos y en qué contextos, prácticas y situaciones lo hacen.

Por otra parte, como comentario final de este apartado, quiero señalar que a pesar de coincidir con la gran mayoría de las afirmaciones de Díaz y Uranga, se considera que los procesos llamados de *autocontrol* y *autonomía* solo serán posibles cuando las decisiones de aquellos individuos estén en sintonía con las directrices de las instituciones centrales rectoras de la salud. En muchos casos la idea misma de promoción de la salud contiene una percepción abstracta y universal –basada en premisas biológicas de la vida humana– donde lo que se busca es orientar y acercar a aquellos sujetos, grupos sociales o poblaciones que no se ajustan a estos parámetros previamente definidos a las formas de vida cotidiana, prácticas sexuales, alimentarias y de crianza que son consideradas adecuadas, convenientes o correctas. Asumir que la comunicación como disciplina adquiere legitimidad sólo para aportar a la transformación y modificación de hábitos –prácticas sociales– pre-definidas como saludables, implica una contradicción en la definición previa que nos hemos dado. Esta distancia y escepticismo respecto de ciertos planteos no significa abogar por un relativismo radical, donde sea lo mismo por ejemplo que una comunidad cuente con agua potable o no, sino problematizar nuestras propias construcciones conceptuales, y reconocer los límites que nos plantean.

Sobre los inicios del campo

Como último punto, interesa realizar un aporte a la mirada histórica del campo en América latina para complejizar y a la vez ampliar los procesos sociales que se reconocen como propulsores de la comunicación y salud. Se va a indagar en torno a la impronta que ha dejado el surgimiento, la consolidación y el desarrollo de la medicina científica y las instituciones médicas a inicios del siglo pasado, que adquieren status y legitimidad ante la responsabilidad del cuidado de la salud, en un proceso en el cual se suprimen otras formas de curación alejadas de la ciencia. Básicamente se considera necesario extender, hundir las raíces de la perspectiva histórica de este campo e ir más allá de los orígenes que se reconocen en la *Comunicación para el Desarrollo* (CpD).

Desde este trabajo se va a proponer que es posible rastrear orígenes históricos de la comunicación en salud (aun cuando los procesos eran nombrados de manera diferente) al menos medio siglo antes y en otros lugares geográficos del que se ubican los aportes de la CpD.

En la literatura sobre comunicación y salud suele haber consenso en que la demarcación del origen del campo está relacionada con la llamada CpD (Beltrán, 1993; Pereira, 2003; Waisbord s/f; D. Bruno *et al.*, 2011; Cuberli, 2008). Se afirma que esta perspectiva, que surge a fines de la Segunda Guerra Mundial en Estados Unidos y llega a América Latina en su forma práctica de intervención en la segunda mitad del siglo XX, es el primer antecedente reconocible de comunicación en salud. La CpD tiene como fin acompañar la implementación de programas educativos, productivos y de salud en un marco de políticas de transferencia de tecnologías y modelos de gestión desde los países llamados “desarrollados” a aquéllos denominados “emergentes o en vías de desarrollo”, ambas nominaciones definidas centralmente y con fuerte impronta colonialista. Su constitución se ubica en un momento donde en las universidades norteamericanas florecen los estudios sobre el impacto de

los medios de comunicación masiva en el comportamiento humano y la comunicación es percibida como un recurso técnico y una estrategia. En sus investigaciones incorpora las teorías de la conducta y de la persuasión, como los desarrollos del marketing social y el Cambio de Conductas Aplicado, entre otros.

Es indudable el impacto que ha tenido la CpD en los desarrollos conceptuales y en las prácticas de intervención de la comunicación en el ámbito de la salud, de manera análoga a como lo hizo en otras dimensiones de lo social. Su influencia es reconocible en la actualidad mixturada con otros aportes posteriores, pero también previos como los que interesa explicitar en este apartado.

En lo que hace a la salud como práctica sociocultural, en la cual se inscriben los procesos comunicacionales, el período que va desde fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX es de grandes modificaciones. En paralelo con cambios en los escenarios sociopolíticos nacionales y mundiales, en estos años se transforman los modelos sociodemográficos del país. En este contexto aparecen en la agenda pública las discusiones sobre la necesidad de implementar políticas de salud pública. Surge configurada en los discursos una agenda política básicamente reformista que busca el reordenamiento social, la mejora de las condiciones de vida de los sectores populares y la vigilancia y moralización de la población. Las ideas de intervencionismo estatal logran plasmarse en estructuras gubernamentales y significan una modificación profunda de las relaciones Estado-sociedad.

Durante el inicio del siglo XX, la salud y su cuidado se convierten en indicadores del grado de civilización y modernidad de una nación. En Europa, Estados Unidos y América latina, las medidas para prevenir enfermedades dejan de ser dispuestas de manera esporádica y particular en momentos en los que reinaba una epidemia; situación que en parte obedece a la intención de los grupos gubernamentales de prevenir el ingreso y propagación de enfermedades epidémicas, de controlar el crecimiento desordenado

de las ciudades y fomentar el comercio internacional. Aunado a lo anterior, la higiene y el fomento de la salud pública reciben un gran impulso a partir de las últimas décadas del siglo XIX con los descubrimientos bacteriológicos que establecieron que los peligros para la salud se encontraban por doquier en forma de gérmenes, bacilos y bacterias.

En la bibliografía revisada sobre la conformación del campo de la medicina en Argentina (Armus, 2007; Barrancos, 2002; Ramacciotti, 2005) se describe el proceso por el cual la medicina como esfera de conocimiento busca monopolizar el campo de la salud-enfermedad y se constituye en un instrumento importante para el control y vigilancia de las poblaciones. En esos años, la demanda de médicos ya no se concentra únicamente en los brotes epidémicos, sino que se asocia al mejoramiento de la salud física y moral de la población (Biernat y Ramacciotti, 2007). Aparece a la vez una actitud exigente y autoritaria mediante la cual el Estado norma la conducta de las personas respecto de su salud (Barrancos, 2002).

Asimismo, se señala que desde fines del siglo XIX convergen diversas tendencias en el ideario argentino inscriptas en el campo que Oscar Terán denominó la *cultura científica*. Confluyen en ella el evolucionismo biológico de Darwin, el evolucionismo social de Spencer, las teorías de corte determinista de Taine, la criminología positivista italiana de Lombroso, Ferri y Garófalo, el monismo materialista de Haeckel y las teorías sociopsicológicas de Le Bon y Tarde, entre otras líneas interpretativas. En las obras de los intelectuales del momento se reiteran y conviven conceptos como *progreso, evolución, raza, lucha por la vida, selección natural, organismo y enfermedad social, leyes, estadios humanos inferiores y superiores, determinación biológica*, entre otros (P. Bruno, 2011), que son usados a la hora de dar cuenta de fenómenos sociales, políticos, culturales y económicos a través de explicaciones causales, deterministas y monistas. La ciencia aparece como la proveedora de legitimidad de

discursos y representaciones y sus categorías se trasladan al análisis de diversos aspectos de la realidad, como la psicología, la sociología y la historia (Terán, 1983).

Armus y Belmartino (2001), Belmartino (2007), y Di Liscia (2004) señalan en sus trabajos que los médicos de la época conforman un grupo fuertemente influido por las ideas del higienismo, pauperismo y eugenesia. Los preceptos del higienismo establecen conjuntos de reglas de comportamiento con fuerte impronta ético-moral. A partir de sus pautas, cuestiones consideradas del ámbito privado –como la limpieza, la sexualidad, el modelo de familia, la distribución espacial en el hogar, la maternidad, la alimentación, el ocio, etc.– se conforman en un terreno de “dominio público”. El pauperismo es la naturalización y moralización de la pobreza, que asocia a los pobres con la degradación moral de la sociedad sin considerar la variable económica. Pone el foco en cuestiones como la enfermedad, el suicidio, la mendicidad, la prostitución, el alcoholismo, el delito y el crimen. Por último, la eugenesia es una corriente de pensamiento que partiendo de la premisa de que todos los caracteres de los seres humanos son hereditarios, tanto las capacidades y talentos como la propensión a la enfermedad, se propone lograr el mejoramiento de la ‘raza’ a través de la reproducción de determinados individuos o grupos humanos calificados como ‘mejores’, inhibiendo la multiplicación de otras personas consideradas ‘inferiores’ o ‘indeseables’.

En relación al análisis de las regulaciones desplegadas sobre las prácticas socioculturales de la población en materia de salud por parte de los grupos y sociedades médicas, hay numerosos trabajos que dan cuenta de las influencias que las ideas del higienismo, el pauperismo y la eugenesia tuvieron sobre estos grupos cuando buscaron contribuir a la construcción de hegemonía y legitimación del orden social (Miranda y Vallejo, 2005; Armus y Belmartino, 2001; Belmartino, 2007 y Di Liscia, 2004).

La higiene aparece como una de las herramientas principales para prevenir y combatir las enfermedades, a la vez que la difusión de hábitos y costumbres higiénicas se convirtió en un requisito indispensable para que los individuos fueran considerados personas sanas, trabajadoras y aptas para el progreso nacional. En este contexto, los médicos prestigiosos de las ciudades comienzan a sostener que para fomentar una cultura de la higiene es preciso difundir y enseñar los principios y preceptos de la higiene a la población, con el fin de transformar sus hábitos y costumbres.

Las actividades de los médicos de la ciudad de Buenos Aires no fueron la excepción; además de ejercer su profesión en hospitales y consultorios privados, se ocupan de editar y publicar en revistas y periódicos artículos donde reseñan los adelantos de las ciencias médicas e interpelan a los lectores sobre las prácticas y costumbres que consideran más saludables.

La necesidad de desarrollar acciones de difusión y educación higiénica a todos los habitantes del país fue un asunto tratado en numerosos libros, compendios, periódicos y revistas especializadas de las primeras décadas del siglo pasado. En publicaciones como *La Semana Médica* es posible observar la preocupación de los médicos por generar canales de información en mayor escala, preocupación que buscaban compartir con maestros, sacerdotes, etc.

La preocupación por los discursos de los procesos de salud-enfermedad-atención en la información pública es un aspecto central de las políticas sanitarias de la época señalada. A modo de ejemplo, es interesante el trabajo de Diego Armus (2007) en el que reconstruye la historia de la tuberculosis en Buenos Aires entre 1870 y 1950, considerando tres dimensiones: sus significados –metafóricos y discursivos– en la cultura popular e ilustrada y en el saber profesional, su lugar en las políticas estatales de salud y en las iniciativas de la sociedad civil, y, por último, su relevancia en la vida cotidiana de los enfermos y de los que temen enfermarse. Para Armus, la tuberculosis

es una suerte de espejo de algunos aspectos constitutivos del Buenos Aires moderno. Allí están entonces cuestiones variadas como la emergencia del nuevo escenario urbano e industrial, la entrada del Estado en la esfera personal, la normalización de las masas urbanas, las consecuencias del veloz crecimiento demográfico, el sexo, las costumbres y modos cotidianos.

Además de ser una de las más relevantes causas de muerte durante esos años que estudia, la tuberculosis fue un tópico recurrente en diarios y revistas, un recurso metafórico usado en novelas y poesías, una experiencia estigmatizante para los que se habían contagiado la enfermedad y un motivo de pánico para los que temían contagiarse. Todo lo cual, concluye Armus, constituye una “subcultura” que excede en mucho las preocupaciones de la higiene social y la salud pública de entonces y convierte a la tuberculosis en una enfermedad saturada de significados que iban más allá de lo meramente patológico.

Armus da cuenta de cómo se configuran diferentes asociaciones, imágenes y metáforas construidas en torno a la enfermedad. El discurso médico legitimó imaginarios genéricos y étnico-raciales, en la medida que no pudo explicar las causas efectivas de la manifestación de la enfermedad ya que sólo algunos terminaban tuberculosos a pesar de que todos estaban expuestos. Para explicar este proceso, el colectivo profesional elaboró un catálogo de conductas excesivas que facilitaban la adquisición de la tuberculosis: la sexualidad, la bebida y el trabajo. La enfermedad se erigió en un recurso organizador de una serie de discursos que buscaron el disciplinamiento, la moderación, la racionalización y la normalización de la población. La cultura higiénica, resultado de la acción de educadores, médicos, políticos y burócratas se consolidó con su difusión en casi todos los ámbitos sociales.

A partir de estas descripciones y ejemplos es posible advertir que la dimensión comunicacional de los procesos de salud-enfermedad-atención ya eran reconocidos –en

clave higienista y de progreso nacional– por los grupos médicos y responsables de políticas públicas; los medios de comunicación masiva todavía se encontraban en una etapa muy incipiente –el acceso a la lectura de los diarios no era masiva por el hecho de que la mayoría de la población no sabía leer– pero su lugar en la formación de la opinión pública se expandía y no escapa a los discursos en torno a la salud y la enfermedad.

En síntesis, podemos observar que *progreso y desarrollo* son las dos grandes matrices ideológico-conceptuales que han impulsado la comunicación en salud en sus diferentes modalidades y énfasis. El proyecto pedagógico encarnado en el higienismo primero y en la educación para la salud después implica problematizar un conjunto de tensiones; por un lado, la misma demarcación de los límites de la salud y la enfermedad y su encarnación en prácticas saludables y prácticas no saludables –qué es estar sano y quiénes acceden a ese status, qué es estar enfermo, ser un enfermo y qué elementos y situaciones deben considerarse para que un sujeto adquiera esa calificación–; por otra parte la transformación de los saberes sobre la curación-atención-prevención en un conjunto de cuestiones científicas, objetivas y superiores al saber consuetudinario, indubitavelmente asociadas a las necesidades de las personas diferenciadas genérica y generacionalmente y por último, la configuración de un conjunto de voces legítimas y ámbitos para la transmisión de tales saberes, que excluye y extrae de ámbitos comunales y familiares para colocar en el médico y el hospital las voces y los lugares “apropiados”. Y avanzando con este razonamiento, estas prescripciones convierten las diferencias entre las prácticas sociales –en torno a la alimentación, crianza, sexualidad, entre otras– en valores.

Dando continuidad a la problematización iniciada al comienzo del documento queda abierta la pregunta por el lugar, el rol, la tarea y el aporte de la comunicación social en los procesos de salud-enfermedad-atención caracterizados

por la apropiación y redefinición de una serie de conjuntos de prácticas socioculturales asociadas a esta tríada por parte del discurso y el saber médico.

¿Cuál será entonces la tarea de comunicadores y comunicadoras en salud? ¿Persuadir, convencer, informar? ¿Cuáles serán las prioridades de los ámbitos de investigación? ¿Qué definiciones políticas tomarán?

Referencias bibliográficas

- Armus, D. (2005). Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna. En D. Armus (Ed.), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Armus, D. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Armus, D. y Belmartino, S. (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En A. Cattaruzza, *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943)*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Barrancos, D. (2002). *Inclusión/Exclusión. Historia con mujeres*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Belmartino, S. (2007). Los servicios de atención médica: Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad. En S. Torrado (Comp.), *Población y Bienestar en la Argentina del primer al segundo centenario*. Buenos Aires: Edhasa.
- Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2008). La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955). *História, Ciências, Saúde*, 15 (2), 331-351.
- Beltrán, L. (1995). La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes. En OPS/UNESCO, *Por una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina*. Quito: OPS/UNESCO.

- Bruno, D. *et al.*, (2011). Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. *Revista de Comunicación y Salud*, 1 (2), 5-18.
- Bruno, P. (2011). *Pioneros culturales de la Argentina. Biografías de una época, 1860-1910*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Cuberli, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Question*, 1(18), 31-36.
- Díaz, H. y Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 1 (1), 113-124.
- Di Liscia, M.S. (2004). *Medicina y educación en la Argentina: imágenes y prácticas (1880-1940)*, Buenos Aires: EdulPam.
- Gambaccini, A., Ciccone, V., Girolami, G., Ramírez Barahona, P. y Salerno, V. (agosto, 2007). Investigación sobre Publicidad y Salud. Estudio sobre Anuncios Televisivos de Alimentos y Medicamentos. *VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.
- Kornblit, A.L. y Petracci, M. (2000). Influencias mediáticas y personales sobre la decisión de la gente de protegerse del VIH/SIDA. En A. Kornblit y cols., *SIDA: entre el cuidado y el riesgo. Estudios en población general y en personas afectadas*. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- Lois, I. y Maier, B. (5 de septiembre de 2012). Sobre Comunicación y Salud. *Página 12*. Recuperado de <http://goo.gl/xzBHEv>
- Miranda, M. y Vallejo, G. (2005). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Nájera, R. (1990). Educación para la salud en el caso del SIDA. En R. Nájera (Ed.), *SIDA: de la Biomedicina a la Sociedad*. Madrid: Editorial Eudema.

- Pereira, J. (septiembre, 2003). Comunicación, desarrollo y promoción de la salud: Enfoques, balances y desafíos. Centro para Programas de Comunicación. *Tercer Congreso Nacional de Comunicación y Salud*. Cochabamba: UNFPA.
- Petracci, M; Quevedo, L y Vacchieri, A. (1998). Los modelos políticos-comunicativos del SIDA y el Cólera en la Argentina. 1991-1993. *Revista de Estudios de Comunicación Zer*, 4 (3), 199-217.
- Petracci, M. (1994). *Feliz Posteridad. Cuatro estudios de opinión pública sobre el SIDA*. Buenos Aires: Ediciones Letra Buena.
- Petracci, M. y Waisbord, S. (2011). *Comunicación y salud en Argentina*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones.
- Prieto Castillo, D. (2000). *Comunicación, Universidad y Desarrollo*. Buenos Aires: Ediciones CICCUS-La Crujía.
- Ramacciotti, K: (2005). Las instituciones sanitarias en la Argentina: Entre el clamor de las urgencias sociales y la planificación. En A. Cannellotto y E. Luchtenberg (Coords.): *Medicalización y sociedad: lecturas críticas*. San Martín: Universidad Nacional de General San Martín
- Terán, O. (1983). *América Latina: positivismo y nación*. México: Katún.
- Thomas, W. y Znaniecki, F. (2004 [1918]). *El campesino polaco en Europa y América*. Madrid: CIS.
- Uranga, W., Femia, G., y Díaz, H. (octubre, 2002). Acerca de la práctica social de los comunicadores. Consideraciones teóricas, metodológicas y políticas. Una mirada sobre comunicación y salud. *II Congreso Nacional de Comunicación y Salud*.
- Waisbord, S. (s/f). Árbol genealógico de teorías, metodologías y estrategias en la comunicación para el desarrollo. Fundación Rockefeller. Mimeo.
- Zamberlin, N. (2011). *Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP*. Buenos Aires: PNPCCU-Ministerio de Salud.

El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013

Características y nuevos problemas

CLAUDIA DANANI Y ESTELA GRASSI

Presentación

En este trabajo nos ocupamos del sistema de protección social argentino a lo largo de la primera década del nuevo siglo; un proceso en algún modo incierto, que puede caracterizarse como un movimiento inscripto en una retórica contraria a la que inspiraba la acción de gobiernos de la última década del siglo anterior. Entendemos que se trata de políticas que tienden a modificar aspectos medulares de las desarrolladas entonces, particularmente respecto de la reivindicación de la participación estatal en la distribución del ingreso y la riqueza y del desarrollo de intervenciones sociales claramente direccionadas a la ampliación del alcance de las prestaciones, del gasto estatal en estos sectores de políticas y a producir cambios institucionales encaminados a una más directa, y distinta, participación estatal en los procesos de decisión y de gobierno de los ámbitos correspondientes.

Una referencia de central importancia para la comprensión de este proceso, es que el mismo se inscribe en un ciclo histórico-político regional, del que participa Argenti-

na, en el que la pretensión de universalidad de los sistemas de protección y seguridad social ganó legitimidad (a clara contramano de lo ocurrido durante los 30 años de procesos inscriptos en la oleada neoliberal). Esta nueva situación se expresa en el verse favorecida, política y culturalmente, la discusión sobre la deseabilidad de la ampliación de la protección, que el neoliberalismo había condenado al rincón de la vergüenza, la ineficiencia social y la inutilidad personal.

Dicho esto, nos proponemos destacar aquellos rasgos particulares del proceso de la política social que permiten advertir, según nuestra interpretación, ese sentido u orientación general señalado, en el entendimiento de que, como todo proceso, no está exento de tensiones, contradicciones, obstáculos y tropiezos, por cierto en un mayor grado que la política social del proyecto neoliberal. No obstante, igual que aquélla, debe comprenderse como “posibilidad” en la disputa por hegemonía (en el sentido de orientación y de preeminencia de los puntos de vista acerca la vida en sociedad y del “hacer sociedad”) y también, y más pedestre, en las disputas de intereses de grupos, corporaciones y agentes diversos. Las políticas sociales (las políticas de Estado) no son el resultado de la mera “voluntad de poder del Estado” (abstractamente), ni de los gobiernos (sus ocupantes transitorios). El Estado expresa algún orden de dominación, a la vez que se constituye un espacio, un escenario y un actor de la lucha política. Por ser un campo de disputa política es que sus intervenciones pueden ser confusas, inconexas y contradictorias, pero todas ellas producen, construyen, reconstruyen o desarman y transforman (para bien o para mal y según para quién), alguna “normalidad” o ese propio orden de dominación que es el Estado.

En consecuencia, no creemos productivo “buscar el pelo en la leche”, desbrozando purezas e impurezas del tipo “cuánto tiene de neoliberal o de anti-neoliberal la política”, sino caracterizar a ésta en sus propios términos, en el cruce de dos cuestiones fundamentales: qué intereses y necesida-

des se realizan/satisfacen en el propio proceso, y cuál es el modo o tipo particular de institucionalidad que funda o que se va reconfigurando en el proceso.

Desde ese punto de vista, nos proponemos *analizar la capacidad de protección de un conjunto de políticas*, comprometiéndose una mirada atenta sobre lo que es el objeto mismo de todo sistema de política social en general: *las condiciones sociales de vida de distintos sectores de población*, concebidas en sentido amplio y *como totalidad*. Decimos “en sentido amplio” porque implican simultáneamente condiciones y formas de organización de la vida social y de las vidas individuales; y “concebidas como totalidad”, para recordar la inescindible unidad de la realidad (“materialidad” y significado). Condiciones e intervenciones estatales –distinción “apenas” analítica, cuya “e” es infinitamente problemática– producen (sin agotar) el *régimen de reproducción* característico de una época (Salvia, 2007; Comas, 2009; Grassi, 2012a y b). Queremos decir que por ellas se delimitan (reconocen/desconocen) necesidades (qué, según para quiénes y por qué corresponde alguna intervención al respecto); los modos de su satisfacción: los agentes y agencias que intervienen, son responsables o están obligadas a responder por la misma (instituciones públicas, organizaciones comunitarias no estatales, hogares y familias) y los medios por los que tal responsabilidad procede (el derecho/ la organización doméstica/ la conciencia individual). Ello se traduce en el grado de mercantilización, familiarización y/o socialización de los bienes y servicios.

Este texto se divide en tres apartados: en el primero establecemos las grandes coordenadas del análisis; para ello, enunciamos algunas definiciones conceptuales que proponen un cierto “pacto de lectura”, así como unas elementales referencias históricas en las que inscribimos el proceso que analizamos. Con poca originalidad (pero pretendiendo ganar en claridad), este apartado lleva el título de “Definiciones conceptuales e históricas de partida”.

El centro del trabajo se encuentra en el segundo apartado, en el que nos ocupamos de sectores específicos de políticas, con particular referencia a la política laboral –en una doble institucionalidad que describiremos– y de componentes de la seguridad social. Pretendemos llegar al tercer apartado ofreciendo un balance socio-político e institucional alrededor del eje del trabajo, viendo cuáles son las virtudes y los límites de las estrategias seguidas, así como los problemas pendientes.

Definiciones conceptuales e históricas de partida

Nuestro análisis se comprende a partir de algunas claves conceptuales e históricas que presentamos esquemáticamente:

a) Las claves conceptuales:

La pretensión de igualdad (de algún modo presente de manera implícita en las propuestas universalistas) es una pretensión que acompaña las ideologías liberales modernas, que mal que bien acompañaron también la formación de nuestros Estados nacionales, al menos en la letra de la Constitución, no obstante que se entrama y se ve contrariada (al mismo tiempo) por el dominio del mercado sobre esa pretensión y sobre el trabajo,¹ toda vez que en las sociedades capitalistas la forma mercantil de la fuerza de trabajo es punto de partida para la organización de la vida social (como totalidad socio-política) y para la vida de los sujetos.

En esas contrariedades se inscriben las intervenciones del Estado que englobamos como las políticas sociales, que son siempre arreglos transitorios (instituciones, normas,

¹ No es la única, por cierto: también se ve contrariada por otras desigualdades (de género, étnicas) que están más allá del mercado y de las formaciones capitalistas.

regulaciones, recursos) que dan forma a distintas vidas bajo condiciones de más o menos desigualdad para diferentes (desiguales) grupos o conjuntos sociales.

La protección social es, así, parte principal de las condiciones generales en –y por las cuales– esas vidas se realizan. No se agota, entonces, en la redistribución de “bienes y servicios y demás transferencias”, sino que hace parte (acaso, primordialmente), de la configuración de alguna “normalidad” de formas de vida por la institución, transmisión y circulación de valores, a través de la delimitación de responsabilidades y de la atribución de funciones, por la exigencia de algún deber ser y también, entonces, por la redistribución de “bienes y servicios y demás transferencias”. Puede decirse que en ese ordenamiento político-institucional-normativo (el régimen de reproducción) la política laboral da la nota, porque establece la regulación de las condiciones de venta y uso de la fuerza de trabajo. Es tan cierto que “no hay sociedad sin trabajo” (Castel, 2010: 64) como que la matriz de las condiciones de vida se encuentra en este último; de allí que el trabajo demarque el horizonte de sentido y sea punto de referencia de otro conjunto de relaciones.

Dicho esto, es necesario destacar que estamos ante sociedades cuyo funcionamiento “normal” amenaza la vida humana. Vale decir, las personas experimentan el riesgo de –o padecen, directamente– la insatisfacción de necesidades para una vida considerada aceptable en pleno cumplimiento de sus leyes (en sentido sociológico y, en el extremo, también jurídico). Por ejemplo, los ingresos insuficientes para la satisfacción de necesidades mercantilizadas (bajos salarios relativos); o la escasez de puestos de trabajo o la no disposición de las capacidades exigidas por el mercado laboral para obtener un empleo (o de cualquiera de aquellas que permitan desempeñarse como un miembro competente de la sociedad) son situaciones amenazantes para la reproducción de la vida en condiciones deseables, pero que se tornan amenazas para esas condiciones de la vida en virtud de las normas que regulan estas sociedades: no son anoma-

lías en sí mismas, ni disfuncionalidades o fricciones más o menos ocasionales y transitorias, sino los encadenamientos “normales” entre exigencias y consecuencias para la reproducción de la vida. La exclusión del mundo del trabajo es una condición posible en la sociedad del trabajo, no fuera de ella (Grassi y Danani, 2009). Justamente, esos riesgos estructurales (“normales”) volvieron a desbocarse desde el último tercio del siglo XX, cuando la transformación neoliberal relajó los instrumentos políticos que domesticaron la dependencia del mercado (Castel, 2010) instituyendo otros que fortalecieron sus dominios.

En consecuencia, la interpretación (ideológico-política) según la cual por las políticas sociales se protegen y se satisfacen (o no) necesidades de hogares, familias y/o individuos en tanto particulares, sin ser falsa, es una visión corta y refleja una concepción individualista de la vida social, porque por ellas también la sociedad se da alguna forma de existencia. Esto quiere decir, además, que tales satisfacciones (incluso, lo que se entienda por ellas) son resultado de luchas y definiciones históricas, en el curso de las cuales se dirimen el interés y la responsabilidad sobre la vida y el bienestar en términos colectivos (públicos) o de los particulares (privados). En ese proceso de disputas se realizan, también, distintas *legitimidades*, tanto de políticas e instituciones como de demandas y reivindicaciones. Esta afirmación nos sirve para decir que concebimos la legitimidad como un proceso social cuyo análisis habla de las sociedades² y no, como suele tratársela, como un atributo adscrito a políticas, instituciones o gobiernos (como si en sí ellos “fueran” o “no fueran” legítimos).

² De modo que la aceptación o cuestionamiento de una institución o medida política es dependiente de lo que en una sociedad se impone como “bueno para todos” en los procesos de disputa político-cultural, aunque eso implique mayores riesgos y padecimientos para muchos.

b) El abordaje histórico

Abordamos el estudio de la política social del Estado nacional inscribiéndolo en la particularidad de los procesos históricos locales en los que se han definido y expandido los derechos sociales, así como su reversión. Dos premisas están implícitas en nuestro enfoque: (1) en tanto resultado de luchas sociales, las políticas sociales (es decir, los sistemas que se instituyen) no son (no pueden serlo) pura imposición de mecanismos de “control y legitimación de las clases dominantes”, sino más bien el resultado de luchas por la realización de intereses; son “resultado transitorio” porque aquellos intereses están siempre en disputa; (2) esas políticas no se comprenden desde la perspectiva de modelos únicos (perspectiva a partir de la cual se suele determinar el grado de “modernización” o hibridez de los sistemas de políticas sociales). En tanto hacen parte de la historia social y política local, no representan “anormalidades o desvíos”, sino que exigen ser comprendidas como configuraciones originales de aquellos procesos.

En esa perspectiva, tempranamente advertimos la superposición de “categorías de sujetos” de derechos diferentes: *ciudadanos y trabajadores* (Grassi, Hintze y Neufeld, 1994) y derechos sociales segmentados, en virtud de la centralidad de la figura del trabajador asalariado formal, cuyo contrapunto fue un sistema educativo con razonable orientación universalista y potencial de movilidad social ascendente. A su modo –fragmentario y contradictorio– tanto la inclinación corporatista como el imaginario asociado a los derechos de ciudadanía sumaron a esa cultura de derechos sociales. *He aquí uno de los rasgos que, a nuestro juicio, representa una especificidad histórica de la institucionalidad protectora (y de la cultura política) argentina*, aunque sus caprichosos vaivenes no siempre han fortalecido los más virtuosos y democráticos significados posibles. El esquema se completaba con un sistema asistencial errático, de baja institucionalidad, normativamente lábil, que a lo largo de casi todo

el período condicionó el socorro a la demostración de la necesidad material y del merecimiento del comportamiento (Grassi, 1989; Golbert, 2008).

Este esquema es el que se modificó sustancialmente bajo la hegemonía neoliberal ocurrida entre los años 1989-2000. Se trató de un proceso que marcó a toda la región, inscripto en un marco de transformación masiva de las intervenciones sociales, tanto por la invariable tendencia a disminuir la población cubierta y el alcance de las protecciones, como por el explícito cuestionamiento a todo contenido de derechos. El resultado puede interpretarse como un *régimen de reproducción que comprendió la plena redefinición y concreción del trabajo, la índole de acción estatal y las condiciones de integración a la vida social* (Grassi, 2003; Grassi, 2012b).

Este ciclo tuvo una “reforma” estratégica: la de las instituciones, políticas y condiciones laborales. Ello fue así, incluso más allá del carácter formal o institucional de la transformación y se materializó en el desempleo (desde 1994 nunca bajó de dos dígitos) y del subempleo. Pero en particular lo fue por el crecimiento de formas precarias de contratación, medio y resultado, al mismo tiempo, de una definición asistencializada del trabajo, que lo entendía como pura necesidad del sujeto para la obtención de medios de vida, pero superfluo para la sociedad que lo sustituiría con tecnología (Danani y Lindenboim, 2003). Esa concepción de-socializada del trabajo y del empleo organizó las relaciones, políticas e instituciones laborales, conformando lo que Palomino (2007) llama “régimen de precariedad”: un régimen presentado por sus mentores como condición para la mejora de la competitividad que demandaba el “régimen de convertibilidad” (Hintze, 2006), concepción que moldeó la realidad, permitiendo una pérdida de entre tres y cinco puntos en la participación asalariada en el ingreso entre 1989 y 200,³ y transformando el patrón de generación y

³ Ésta cayó al 40 % antes de la crisis, según Lindenboim, Kennedy y Graña, 2010: 551.

distribución de los ingresos personales. La consecuencia conocida fue la ampliación de la desigualdad, tanto entre los ocupados, como a nivel de los hogares (Beccaria y Maurizio, 2008: 108-110) y las inéditas tasas de pobreza e indigencia (Danani y Lindenboim, 2003; Alonso y Di Costa, 2011).

Queda claro que nada resultó más ajeno a la transformación neoliberal que la idea de *derechos sociales*. Ello tuvo diversos modos institucionales de expresión, de los cuales dos interesa señalar ahora: el primero es que en el campo de la “protección” la acción estatal estuvo dominada por la doctrina de los “mínimos” o “básicos”. Con ello se cerró un círculo de transformación global, más allá de la transitoriedad sugerida por frecuentes invocaciones a “la crisis” o a “la necesidad del ajuste”⁴. El rechazo a ampliar el alcance de la satisfacción de necesidades era, en realidad, un principio constitutivo.

El segundo punto que importa señalar tiene que ver con el principio ordenador de la vida social. Cuando son las reglas propias del mercado las que se mentan como inviolables y a las que se subordinan los demás lazos de pertenencia a la comunidad—tal como entonces ocurría predominantemente— la necesidad resulta estigmatizante y se vuelve una marca que porta quien no puede satisfacerla por sí mismo, en un mundo de auto-válidos. Simultáneamente, en aquella permanente amenaza potencial del estado de necesidad referido antes, aflora la competencia que impulsa a la diferenciación y distinción, contra los lazos de solidaridad entre próximos. Es la sobrevaloración de la autovalía lo que opera en demérito de la necesidad de asistencia y en el rechazo a las protecciones. Bajo el predominio de esta configuración ideológica, el bienestar (y por ende, la protección) fue concebido como responsabilidad individual. En consecuencia, la acción estatal se definió como transitoria, ante necesidades puntuales y los beneficiarios debieron ser identificados por su vulnerabilidad y/

4 En Grassi (2003) se reconstruye ese proceso en diversas dimensiones.

o pertenencia a algún grupo clasificable por la necesidad derivada de alguna minusvalía respecto de la normalidad instaurada por el mercado, o por alguna situación o condición de riesgo social. Por eso se requirieron programas especializados en extremo, en reemplazo, idealmente, de las instituciones permanentes.

La transformación neoliberal alcanzó en Argentina razonable éxito en apenas diez años: los seguros sociales de tipo corporativo, propios del seguro social de salud (obras sociales), los riesgos del trabajo y el sistema previsional –que hasta entonces eran criticados por inequitativos y segmentados– transitaron hacia una modalidad de mercados de seguro, individualizados. Caso emblemático fue la reforma previsional de 1993-1994, por la que el sistema de reparto nacional de gestión estatal fue transformado en un régimen mixto, que agregó e incentivó (forzó) la capitalización individualizada y la administración privada. Simultáneamente, la focalización residualista y la tercerización caracterizaron a otros sectores de políticas, incluso a los que, como el educativo, habían estado orientados por esquemas más universales. Todo ello resultó en una institucionalidad dual, que separó drásticamente las condiciones de protección: mercado de seguros para ciertos segmentos, asistencia residual para otros (Hintze, 2006; Danani y Hintze, 2011).

El período de estudio: la pos-crisis 2001-2002

La descomunal crisis socioeconómica y política en medio de la cual Argentina ingresó al siglo XXI es referencia obligada, aunque conocida. Un proceso recesivo iniciado en 1998 precedió a las manifestaciones más evidentes de la crisis global, acentuada durante 1999-2000, en medio de un clima sociopolítico y cultural que olía a irreversibilidad, y que ni siquiera la elección de un nuevo gobierno, que

confrontaba con el menemismo en muchos aspectos, pudo contrarrestar. El “desenlace” se desató a fines de 2001, cuando parecía derrumbarse también la institucionalidad política democrática: además del dato, a esta altura anecdótico, de cinco presidentes en un mes, toda actividad cotidiana quedaba en suspenso, colapsaba el régimen monetario y cambiario y se deterioraban extraordinariamente las condiciones de vida de amplísimas mayorías, por la convulsión de los empleos, los ingresos y los precios.

Desde entonces se inició el proceso de contraposición a las políticas desarrolladas bajo hegemonía neoliberal, al que hemos denominado contra-reforma de las políticas sociales y laborales, en tanto no se trata de una transformación de las históricas intervenciones sociales argentinas (Danani y Hintze, 2011). Sin embargo, esa institucionalidad también fue objeto de acciones y de la incorporación de instituciones de nuevas bases, que tensionan los sistemas pre-existentes. En lo que sigue presentamos lo ocurrido con las políticas laborales y otras cuyo objeto es el trabajo; y con dos componentes de la Seguridad Social: el sistema previsional y las asignaciones familiares. A nuestro juicio, lo ocurrido en estos ámbitos es central para analizar el sentido político-cultural y la capacidad de protección de la política en el ciclo en curso.

Además de las leyes, consideramos cuatro aspectos sobre los que reconstruimos la *capacidad de protección de las políticas seleccionadas*: cobertura horizontal; cobertura vertical; calidad y garantías provistas (o no) por el sistema respectivo y su carácter institucional, así como los contenidos de reconocimiento/desconocimiento de derechos.

1- *Las políticas laborales*: el primer caso es el proceso de transformaciones experimentado por las *políticas laborales*, al que asignamos carácter *estructural*. Como tal, este proceso se inició con la ley de Régimen Laboral 25.877/2004, cuando ya habían transcurrido los momentos más agudos de la crisis 2001-2002, caracterizados por medidas de emergencia (incluido el Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupa-

dos, el más masivo conocido hasta entonces). La ley 25.877 introdujo modificaciones *estructurales* porque a) restableció el trabajo registrado y por tiempo indeterminado como “normal”, con los correspondientes deberes del empleador; b) con ello, implantó la inversión de la carga de la prueba cuando se negara la vigencia de la relación laboral; c) destinó una cuarta parte de sus artículos (once sobre cuarenta y tres) a regular el Sistema Integral de Inspección del Trabajo y la Seguridad Social, creado por la misma ley. Asimismo, la ley es portadora de un alto valor simbólico, tanto porque fue el primer proyecto enviado por el Poder Ejecutivo al Congreso, por el gobierno surgido de elecciones después de la crisis, como porque en su primer artículo derogó la ley 25.250/2000, que había hecho época en lo que consignamos como “régimen de precariedad”. Dos años después fue sancionada la Ley N° 26.088/2006, que también amplió la protección al limitar facultades del empleador para disponer las condiciones del trabajo. Finalmente, en 2011 fue sancionada la ley 26.678, mediante la cual la Argentina hizo lo que, curiosamente, no había hecho en casi sesenta años: adherir al Convenio N°102 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre Normas Mínimas de la Seguridad Social. También ello tiene valor simbólico, aunque su fuerza operativa debe analizarse.

Sobre una concepción que repolitiza las condiciones de vida –y el trabajo, especialmente–, la intervención es entonces activa y explícita, invoca “los derechos fundamentales del trabajo” y la “debida protección social” (Jefatura de Ministros, 2003) y declara el rol indelegable del Estado como contralor y garante de unos y otra. Con ello también se recompone el encadenamiento del *trabajo como fuente de derechos y de la riqueza nacional*, que es propio de la tradición peronista, y cobra institucionalidad y visibilidad la negociación tripartita, igualmente cara a dicha tradición.

El patrón de intervención en este período combinó dos políticas: de estímulo a la producción, principalmente industrial (“motor de la creación de puestos de trabajo”⁵) y de protección del trabajo asalariado, esta última por una insistente legislación y acciones pro-registro.⁶ En sentido similar, fue regulado el trabajo de dos sectores laborales caracterizados por su desprotección e informalidad: rurales y servicio doméstico, cuyas leyes (N° 26.727/2011 y 26.844/2013) fueron acompañadas por campañas públicas de difusión y debate.

¿Cuáles son las *condiciones* y la *eficacia de las políticas*? A fines de 2002, cuando ya había signos de recuperación, la tasa de desempleo abierto era de 25,5 puntos; a fines de 2012 había caído a 6,9 puntos (INDEC, EPH Continua, entrada 07/08/2013)⁷. Asimismo, los asalariados protegidos, que representaban 57,8 % en octubre de 2002, subieron a 58,7 % en el segundo semestre de 2006 y a 65,8 % en mismo período de 2012. Ello implica 34,2 % de asalariados precarios para la última medición.

Las vías de una menor desocupación son tema de discusión inagotable entre dos posiciones: la oficial, según la cual las políticas atraen inversiones pro-crecimiento (no especulativas), que recuperaron el nivel de actividad económica primero, y después generaron genuino crecimiento económico y del empleo y variadas interpretaciones opuestas, que lo atribuyen bien a las favorables condiciones internacionales para los productos primarios, que generarían el conocido “viento de cola”, bien a los efectos de la deva-

⁵ La producción de bienes (la industria, particularmente) lideró la acelerada generación de empleo en 2002-2007 (entre otros, ver Fernández y González, 2012), pero la crisis había sido tan profunda, que ello no modificó sustancialmente la composición sectorial del empleo de mediano plazo.

⁶ Además de las tres leyes descriptas, se establecieron rebajas impositivas, facilidades administrativas y subsidios al pago salarial en situaciones de crisis, entre otras medidas.

⁷ Usamos el dato del IV° trimestre de 2012 para preservar una mínima comparabilidad estacional. A principios de agosto de 2013 se conoció un nuevo índice para el segundo trimestre: 7,2.

luación de 2002, que consideraremos luego. A nuestro juicio, esto contacta con un aspecto, que va directamente al corazón “del trabajo”. Sintéticamente: puede discutirse el lugar general de las “políticas económicas” en la reducción o aumento del empleo y desempleo, pero *la reducción y aumento del trabajo registrado y no registrado no se explican sin políticas específicamente orientadas*: tanto la mayor regularización actual como la precarización previa, se inscribieron e inscriben en los acuerdos normativos e institucionales y en las prácticas socio-estatales de cada época.

Por ello, examinamos ahora el Plan Nacional de Regularización del Trabajo (en adelante, PNRT), creado en diciembre de 2003, al que consideramos la política laboral más importante del Gobierno Nacional en este período.⁸ Bajo la forma de “reparación” institucional y normativa de las políticas anteriores, el PNRT se erige en brazo ejecutor de la ley 25.877, asumiendo la función de inspeccionar, detectar e imponer la regularización laboral. De allí su centralidad: al plantearse en contraposición a la concepción que legalizó la precariedad laboral, invirtió enteramente el sentido de las intervenciones “flexibilizadoras”, siendo su sentido más poderoso el haber rescatado las relaciones y el contrato de trabajo de la esfera de las relaciones entre particulares, a la que habían sido confinados.⁹

Luces y sombras del proceso. Los especialistas afirman que actualmente el mercado de trabajo es claramente más “blanco” que el que acabamos de describir y de hecho calculan que entre 2003-2010 los asalariados registrados explican el 81% del crecimiento de la ocupación (Damill, Frenkel y Maurizio, 2011). Sin embargo, el hecho de que

⁸ En Danani (2012) se analizan comparativa y más detalladamente las “políticas de precarización del trabajo” (y los fundamentos de sus mentores) y del PNRT.

⁹ El trabajo de inspección es crucial en ello. Para tener una idea del cambio, téngase en cuenta que en 2003 había 22 agentes en todo el país para esa función, número que a julio de 2013 llegaba a 548 (<http://www.trabajo.gob.ar/inspecciondeltrabajo/>).

haya habido un importante crecimiento del empleo hace en cierto modo dificultoso distinguir cuánto ha pesado en ese “blanqueo” la creación de puestos registrados y cuánto la formalización de puestos no-registrados pre-existentes.¹⁰ En cualquier caso, la notable disminución proporcional del trabajo en negro tiene una contracara y es que *el número absoluto de trabajadores precarios siguió creciendo*: la medición de 34,2 % representa no menos de 4.500.000 de casos. Debe reconocerse, entonces, que al tiempo que *se ha interrumpido la creación institucional de empleo precario*, éste no ha sido erradicado en absoluto. Esto exige aceptar las complejidades del proceso, pues el punto en el que se hacen infructuosos los esfuerzos mencionados (ese piso de alrededor de un tercio de empleo precario que no se logra perforar), parece indicar que quizás existe una nueva base estructural de precariedad sobre la que se ha “normalizado” el capitalismo argentino post-90, lo que también habla de la tolerancia social a la misma y a la ilegalidad que implica (Danani, 2012). Esta interpretación dialoga con los análisis que invitan a problematizar la capacidad del mercado de trabajo argentino de absorber mano de obra en condiciones de formalidad y razonable integración, tanto en lo “inmediatamente laboral” como en los entramados de relaciones sociales más amplias (Salvia, Stefani y Comas, 2007: 20-31). Esto da idea de lo mucho que, probablemente en la misma dirección actual, queda por recorrer.

Las luces y sombras se exacerban al analizar la situación salarial, con la que nos encontramos con el trabajo no registrado. En 2003 se inició una recuperación que no se ha detenido hasta ahora, aunque recién en 2007 se alcanzaran los niveles salariales previos a “la crisis” (Beccaria y Maurizio, 2013: 39, Cuadro I). La explicación es el devastador efecto distributivo de la devaluación de 2002, que significó una fenomenal transferencia de ingresos del sector del

¹⁰ Es lo que los especialistas en sistemas de información atribuyen al “efecto composición”.

trabajo al del capital: *sólo en ese año, la participación salarial cayó entre 7 y 9 puntos, sumándose a la pérdida de la década anterior* (Lindenboim, Kennedy y Graña, 2010). Así, puede verse la mejora de la participación salarial en el ingreso por comparación con “la crisis”, pero también se verifica que no llega a igualar los mejores registros de la década de 1990, incluso habiendo sido muy inferiores a los de los ’70 (Fernández y González, 2012) y aun cuando los sindicatos recuperaron un lugar de poder en el escenario político.

Otra cuestión que hace a los resultados distributivos en el sector es la siguiente: en general, las observaciones coinciden en que políticas e instituciones contribuyeron a reducir la desigualdad y también en que la política de salario mínimo y las intervenciones de sostenimiento de los ingresos inferiores, jugaron un papel decisivo en ello. Se trata de un dato positivo, que marca la importancia de las instituciones, pero que debe complementarse con la atención en un simultáneo aumento de la brecha salarial entre trabajadores registrados y no registrados *en los tramos inferiores de la distribución*, no en los superiores. Si el salario mínimo tiene efecto en el sector de trabajadores registrados, pero en menor medida entre los no registrados, esto podría estar indicando que dicha política, de indudable carácter progresivo para el sector del trabajo, se ve limitada en su efectividad, probablemente por la misma rigidez del mercado para integrar al tercio de informales. De ahí que discriminar las diferentes situaciones resulta central para la elaboración de propuestas y medidas específicas.

2- *La política social de autoempleo.* Por la misma expectativa en la capacidad socializadora y proveedora de dignidad del trabajo en general, el autoempleo y la economía social y solidaria y el trabajo asociativo y autogestionado fueron asumidos como objeto de políticas del Ministerio de Desarrollo Social (en adelante, MDS),¹¹ que impulsó una

¹¹ Primero, a través del Plan Manos a la Obra y desde 2008, por el Programa Argentina Trabaja.

cantidad de normas específicas de regulación de este sector: el monotributo social (Ley 25.865); la creación del Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social (Decreto 189/04); de la Marca Colectiva (Ley 26.355); de la Subsecretaría de Comercialización de la ES (Decreto 2.194/08); del Instituto de Promoción de la Economía Social (2009 -INAES-MDS); de la Secretaría de Economía Social (Decreto 505/2010), entre otras.

Este conjunto de intervenciones advierten que, en materia de trabajo, el Estado actúa por distintos organismos: el que se encarga de la política laboral (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social) y el que se ocupa de la política de promoción de “otras formas de trabajo” (y también de la asistencia social, cual es el MDS). En el primer caso, sus acciones se dirigen prioritariamente al mercado capitalista de empleo, en el otro, a la economía solidaria. Asimismo, la población alcanzada por las políticas del MTEySS es la población activa objeto de “la promoción del empleo y de las instituciones del trabajo”, en tanto que el MDS delimita un conjunto impreciso de población objeto de sus políticas de promoción del autoempleo.

Las medidas tomadas por el MTEySS protegen a quienes están en el circuito formal del empleo, pero el tercio de trabajadores “no registrados” es la población históricamente no alcanzada por las protecciones propias del empleo. Siendo objeto de preocupación del MTEySS (ya nos referimos al PNRT), es objeto de intervención de la política social fundada en la expectativa de la dignificación e integración por el trabajo del MDS.

En síntesis, la política laboral recuperó a las instituciones del trabajo al asumir al empleo formal, regular, protegido (no “en cualquier condición”, como se lo configurara en el ciclo anterior) como el vector valioso de integración y participación y simultáneamente, la política de promoción y asistencia social incorporó para sí la meta de desarrollar formas de ocupación “genuinas” aunque diferenciadas de la política laboral y también, de la política

económica y de otras áreas de la producción. Focalizada en “población vulnerable”, sin embargo buscó diferenciarse del asistencialismo focalizado de la política neoliberal, que había transformado al trabajo en recurso de los planes de asistencia. Contra las marcas de la ineptitud para el mercado, desde este Ministerio se propusieron planes como el PMO y Argentina Trabaja, pretendiendo exorcizar aquel estigma “generando trabajo genuino” para un sujeto *reconocido a priori como un/a trabajador/a* cuya vulnerabilidad no proviene de su ineptitud, sino de la escasez de puestos de trabajo normales.

Dos órdenes de preguntas se abren entonces: Primero: *¿Hay un nuevo régimen de empleo?* Cuando observamos las políticas, respondemos afirmativamente; frente a procesos y resultados, la respuesta también es afirmativa, pero más provisoria; las condiciones de mediano plazo aconsejan ser más pesimistas. Hasta el momento, las políticas laborales promueven la vigencia de los derechos del trabajo, lo que toma cuerpo en un intervencionismo que confronta con el paradigma neoliberal. Pero ello no ha sido suficiente para quebrar las bases sobre las que parecen estar funcionando diversas instituciones, ni las prácticas, ni para alterar los balances distributivos. A la vez, los procesos siguen su curso y sus resultados están abiertos a nuevos cambios y realineamientos diversos. La disputa –tanto político-partidaria como social– por imponer dirección a la acción estatal se ha extremado a lo largo de 2012 y 2013, abriendo interrogantes a la posibilidad de nuevos rumbos, de signos inciertos.

El segundo orden de preguntas corresponde a las instituciones, particularmente aquellas “del trabajo”. Si éstas comprenden a los desempleados porque en sus normas asumen el riesgo del desempleo, ¿por qué no incluyen (o no pueden incluir) a toda la población autoválida que no está en el mercado? Es decir, a todos aquellos con capacidad y ocupados en unas labores a las que se pretende reconocer y designar como trabajo genuino por la política social. ¿Por qué, si se trata de generar trabajo genuino, los planes

que se proponen incentivar la ocupación en el sector de la economía asociativa o cooperativa, se inscriben en un organismo estatal diferente al del trabajo?; ¿cuál es la cualidad del lazo con la comunidad cuando la calidad de la ocupación (ingresos, condiciones de trabajo) está fuera de un paraguas común –aunque se descuentan sus particularidades– de esas instituciones o las conexiones son frágiles? La misma pregunta por la cualidad del lazo puede formularse en relación con las condiciones y medios de producción-circulación y las instituciones y política económica. ¿En qué medida la clasificación de vulnerables y no empleables y la cooperación forzada por la propia política, no reenvía nuevamente estos planes a la asistencia clásica? O también, ¿por qué es necesaria la justificación de la asistencia por el trabajo?; ¿qué población, qué condiciones y qué necesidades diversas están comprendidas en políticas como el Argentina Trabaja?

Si estas son cuestiones que aún están por verse y que seguramente se inscriben en procesos de disputa político-cultural de más largo plazo, hay que remarcar, sin embargo, el desarrollo de una estructura institucional que no existía, que otorga reconocimiento y conforma una plataforma de despegue para un sector del trabajo (el trabajo asociativo) que permanecía en los fondos del sistema, como pura estrategia de sobrevivencia, sin ninguna protección y con el peor de los regímenes: el de ningún régimen explícito. Por el momento, esa estructura se inscribe en un ordenamiento heterogéneo de política social (de autoempleo) y política laboral de empleo que también distingue (más allá de la segmentación de los sectores de trabajadores y de sus condiciones de vida) a un conjunto (impreciso) cuyo estatus de trabajador se vuelve dudoso. Se trata, también, de una tensión que no es ajena a los debates y a la contienda político-cultural (los que se dan más allá del liderazgo de las instituciones de representación política y las de gestión): la sospecha de vagancia –de un lado–, la acusación de cor-

porativismo –de otro– son sólo la muestra de fuerzas y confrontaciones (de poder e ideológicas) en el interior de las propias clases trabajadoras.

3- *El sistema de Seguridad Social* está integrado por cinco componentes: seguro social de salud, seguro de riesgos del trabajo, sistema previsional, asignaciones familiares y seguro por desempleo. En los años '90 los tres primeros fueron reformados hacia seguros de mercado. Durante el presente ciclo los tres, así como también el régimen de asignaciones familiares, fueron objeto de reformas, en tanto que el seguro por desempleo se mantiene sin modificaciones.

En lo que sigue, y por razones que justificaremos, nos referimos al Régimen de Jubilaciones y Pensiones y a las nuevas prestaciones del Régimen de Asignaciones Familiares: la Asignación Universal por Hijo (AUH) para protección familiar y la Asignación Universal por Embarazo para Protección Social (en adelante, AUE), que alcanzan a trabajadores informales y desocupados de ese sector.

3-a) En lo que hace al *sistema previsional*, su reforma fue emblemática del ciclo neoliberal y vuelve a serlo en este ciclo, razón por la cual nos explayamos en su presentación. Desde ya, su característica es una extraordinaria expansión de la cobertura horizontal y beneficios globalmente mejores, actualmente garantizados y una estructura que no asegura esas condiciones a futuro, especialmente la cobertura poblacional.

La reestructuración de las condiciones de protección de los adultos mayores se realizó a través de tres leyes y un decreto: entre las primeras, la ley 25.994/2004, que creó una jubilación anticipada, con un haber transitorio hasta cumplir la edad exigida por la legislación, para quienes ya reunían los aportes; la ley 26.417, de Movilidad de las Prestaciones, que introdujo el primer mecanismo público de cálculo para la movilidad de los haberes¹², lo que genera

¹² No obstante, ha sido y es objeto de variadas críticas, doctrinarias y pragmáticas.

una garantía exigible; y la ley 26.425/2008, que eliminó el sistema de capitalización de administración privada y creó un único sistema de reparto, de administración estatal¹³. Si la ley 26.425 tiene carácter refundacional del sistema previsional, la medida más directa y efectiva sobre la protección fue el Decreto 1454/2005, por el que se creó un mecanismo de “regularización voluntaria de deudas” para quienes declararan haberse desempeñado como autónomos sin haber realizado los aportes previsionales correspondientes (mecanismo conocido como “moratoria”, pues permitió acceder a un muy conveniente plan de pagos, con claro subsidio público).

Al momento de elaboración de este trabajo, el sistema cubre al 90 % de la población de 65 años y más (edad de retiro para todos los adultos mayores), lo que indica un notable crecimiento de la capacidad de protección en términos absolutos y relativos: sólo el 68 % del rango de edad estaba cubierto en 2003 y el aumento (por el alta de casi dos millones y medio de beneficios) es enteramente atribuible a la “moratoria”. También esta expansión tuvo un perfil progresivo de dos órdenes: fue pro-mujer (grupo poblacional en clara desventaja hasta entonces), al punto que se produjeron casi dos millones de altas femeninas;¹⁴ y se concentró en hogares del primer y segundo quintiles.¹⁵ Adicionalmente, más que se duplicaron las Pensiones No-Contributivas, para sectores que ni siquiera accederían a la moratoria. La cobertura es la primera o segunda más alta de la región.

13 En 2007 se dictó también la ley “de libre opción” N° 26.222, que permitía la migración desde el régimen de capitalización al de reparto (decisión antes vedada). Su éxito fue bajo y perdió operatividad un año después, con la creación del nuevo sistema.

14 Puede decirse que el sistema de seguridad social ha encontrado el modo de “tratar mejor” a las mujeres en este tramo de la vida más que en cualquier otro.

15 Entre 2003 y 2011 la participación de los ingresos previsionales pasó de 9 a 15 % en el primero y de 14 a 25 % en el segundo quintil de ingresos.

Políticas activas también actuaron sobre la cobertura vertical: en los primeros años pos-crisis, con aumentos de suma fija para los segmentos inferiores, decisión de política de sostenimiento de ingresos que intensificaba la capacidad redistributiva del sistema. Obviamente, ello produjo un objetivo retraso relativo de los haberes superiores, que recién hacia 2006 comenzaron a percibir incrementos, dando lugar a un “achataamiento de la pirámide previsional”. La mayor presión social –y judicial, por causas iniciadas en los años '90– estimuló la sanción de la Ley de Movilidad antes citada. Su fórmula aunque criticada, explica la recuperación incluso más intensa de los haberes previsionales respecto de los de actividad. En conjunto, el aumento de ambas coberturas (*más adultos cubiertos, con haberes mínimos superiores en términos reales*) motoriza el mejoramiento de las condiciones de vida de este grupo, que al finalizar la década presentaba las tasas de incidencia de pobreza e indigencia más bajas.

Pregunta: ¿los beneficios provistos por este sistema están suficientemente garantizados? Respuesta: se trata de beneficios que integran la Seguridad Social, plenamente formalizados: sí, *gozan de las mayores garantías*. Eso no significa imposibilidad de deterioro de las prestaciones (tratándose de transferencias dinerarias, el principal factor es el inflacionario, hoy mismo evidente). Pero, sin que implique intangibilidad, decimos que estos beneficios gozan de dos soportes que prestan razonable resguardo: en primer lugar, se recortan sobre un ideario de derechos que da validez a las demandas y al merecimiento de la protección. En segundo lugar, se concretan en una institucionalidad formalizada, de procedimientos y competencias establecidas, institucionalidad que funciona incluso ante el debilitamiento del reconocimiento social. En esa conjunción, en estos años ha crecido el proceso de “judicialización previsional”, básicamente por

reclamos por retrasos de haberes. Las causas acumuladas en el fuero respectivo suman, según distintos cálculos, entre 200.000 y 400.000 por este motivo.¹⁶

Deliberadamente hemos hablado de “un ideario de derechos”, sin especificar “derechos sociales”. El punto requiere reconocer lo escurridizo de la retórica de derechos que atraviesa al sistema previsional y en especial al proceso de judicialización. “Eскурridizo”, porque demandantes y jueces reponen las razones del “derecho contributivo”, mecanismo por el cual las personas reciben protección proporcional a –y en extremo, estrictamente definida por– el pago de contribuciones a lo largo del tiempo. Por cierto, ello hace a una doctrina de los derechos sociales que tiene ciudadanía plena en el Constitucionalismo y el Derecho de la Seguridad Social. Pero la doctrina activada por el Poder Judicial se aproxima más a una concepción de derechos (casi) individuales, lo que colisiona con las prioridades de políticas y de la reforma de estos años, empezando por su muy menor contenido redistributivo y por el debilitamiento del sentido colectivo de la cuestión misma de la protección.

Como se ve, es una discusión que involucra las formas deseables de convivencia y sociabilidad. Sin embargo, debe advertirse que la solidez de las condiciones actuales está respaldada para los titulares en curso, pero no para quienes vayan llegando a la edad de retiro. Concretamente, la moratoria, que fue la llave para la expansión de la cobertura, tiene carácter extraordinario, puntual y no estructural, por lo cual quienes hoy trabajan en condiciones de no-registración, oportunamente encontrarán que no reúnen los requisitos. La opción es tajante: *rediseño de las bases de la protección (nuevos criterios, financiamiento y arquitectura) o nueva moratoria*. De lo contrario, la altísima tasa de trabajo precario se

¹⁶ Semejante dispersión se debe a los problemas de información, los que impiden ir más allá en el análisis del problema.

traducirá en un retroceso de la protección alcanzada hasta aquí.¹⁷ Sin embargo, ello requiere un consenso social que hasta el momento no parece avizorarse.

3-b) El régimen de asignaciones familiares fue modificado por dos decretos “de necesidad y urgencia” (DNU), el N° 1602/2009 que creó la Asignación Universal por Hijo; y el N° 446/2011, que creó la Asignación Universal por Embarazo para Protección Social (AUE)¹⁸. Visto en perspectiva, se trata de la mayor modificación en el sistema protectorio argentino, y particularmente en la Seguridad Social, pues fue instaurado como nuevo componente de las asignaciones familiares clásicas que perciben los asalariados formales con “carga de familia” (menores hasta 18 años y discapacitados). El nuevo estipendio (de un monto igual al que reciben los trabajadores formales del primer rango de ingresos) está dirigido a los hijos de los trabajadores informales con ingresos inferiores al mínimo y desocupados sin seguro por desempleo. Incluyeron, además, a empleadas domésticas y trabajadores agropecuarios temporarios (Hintze y Costa, 2011; Arcidiácono, Gamallo y Mora, 2013). El 80% se abona mensualmente y el 20% a fin de año, al constatarse el cumplimiento de dos condiciones: asistencia escolar y control de salud y vacunación, cuando corresponda. Existe un límite de cinco niños por adulto titular. La AUE es similar, pero se abona desde los 3 meses de embarazo y hasta su finalización, sea por nacimiento o pérdida, condicionada a los controles correspondientes del mismo. Desde 2010, en ambos casos la exigencia consiste explícitamente en la pertenencia al “Plan Nacer”, seguro público de salud federal, a cargo del Ministerio de Salud nacional desde 2004, destinado a niños y niñas de hasta seis años

¹⁷ De hecho, hay una caída de un punto en 2011-2012.

¹⁸ En adelante subsumimos el análisis de la AUE en el de la AUH porque coincidimos con Arcidiácono, Gamallo y Mora (2013) en que se pretende aproximar la cobertura de los trabajadores informales a la de los formales. Así, en conjunto se insinúa un proto-sistema de asignaciones familiares para aquellos.

de edad y mujeres embarazadas y puérperas (Arcidiácono, Gamallo y Mora, 2013). Como puede advertirse, esta asignación introduce una cuña no contributiva en la estructura del sistema, ampliando, así, la protección a grupos de trabajadores que nunca habían sido sujetos de la misma.

La cobertura horizontal de la AUH es muy amplia: a mediados de 2012 se pagaban casi tres millones y medio de beneficios (Boletín de la Seguridad Social 2°/2012, último disponible). En conjunción con el sistema contributivo (que en mayo de 2013 modificó las escalas y extendió la cobertura), se calcula que entre el 84 y el 89 % de la franja etaria está comprendida por alguno de los subsistemas de las AAFF (sólo los discapacitados no tienen límite de edad)¹⁹. La progresividad de la AUH es indudable, probablemente la mayor de todo el sistema de protección, pues cubre a los dos quintiles de menores ingresos. Hasta aquí, entonces, en sus propios términos la capacidad de protección de la AUH es óptima. La apreciación de la cobertura vertical (capacidad de satisfacer necesidades) debe ser más cauta, pues aunque los sucesivos aumentos²⁰ sostuvieron razonablemente el poder de compra en los casi cuatro años transcurridos, en contextos inflacionarios los incrementos sólo compensan –como máximo– las pérdidas pasadas. Aun así, hasta los más críticos reconocen el efecto positivo de la asignación en el presupuesto de los hogares.

Las observaciones y críticas a la AUH apuntan a su concepción y a situaciones que derivan de la implementación. En orden: se critica el diseño institucional no universal (aunque así sea llamada); se señalan situaciones de exclusión, que resultarían injustas; y se reprueban las exigencias de cumplimiento de ciertas responsabilidades de los

¹⁹ El cálculo incluye a los niños, niñas y adolescentes cubiertos por el descuento que sus padres hacen al pagar el impuesto a las ganancias (entendiéndose que pertenecen a grupos de ingresos medio-altos y superiores).

²⁰ En 2009 se fijó en \$ 180 y llegó a \$ 460 en 2013.

adultos respecto de los menores (escolarización y salud). Antes de detenernos en estas observaciones, son necesarios algunos rodeos:

a) Los regímenes universalistas pretenden la institución de iguales derechos (a bienes, servicios, prestaciones, etc.) para un sujeto al cual no se discrimina por su pertenencia o sus diferencias (social, étnica, religiosa, de edad). Es decir, no se trata de la eliminación de las clases por la socialización de los medios de producción, sino de individuos miembros de una comunidad (un universo dado) con iguales derechos, sin discriminación respecto de alguna normalidad o universo “normalizado” (cuya caracterización es dada culturalmente y en relaciones que nunca son de poder equivalente). Los iguales derechos, para ser tales, deben instaurarse políticamente como obligaciones para instituciones *ad hoc* que deben velar por que se cumplan;

b) los sistemas que se basan en el derecho a la protección “adelantan” servicios, prestaciones, etc. ante contingencias comunes a un tal universo. En este caso, no es un estado o necesidad presente de particulares individualizables (personas o grupos), sino una necesidad social (la educación, la salud de la población, por ejemplo), o la posibilidad potencial (por parte de todos o cualquiera) de atravesar diversos estados de necesidad como contingencias de la vida y riesgos del trabajo, lo que origina su razón de ser. Es esa posibilidad común lo que justifica la instauración de una función (de un sistema institucional)²¹ por la que se predestinan servicios y prestaciones que se hallan disponibles para todos o cualquiera de quienes hacen parte de una comunidad;

c) en principio y estrictamente, para los regímenes universalistas, la comunidad está dada por la pertenencia a un Estado y la condición del sujeto es la ciudadanía, pero puede reconocerse un principio de comunidad en la clase (la

²¹ Por contraste, un plan atiende una emergencia, una demanda puntual, expost, es transitorio.

clase trabajadora / la condición de trabajador), cuestión que hace a la distinción entre los sistemas propiamente universales y los seguros sociales (típicamente, las obras sociales en nuestro país).

Visto esto, ¿cuál es el diseño institucional que se da a la AUH según resulta de la letra del Decreto 1602 que lo establece? De las definiciones allí contenidas se desprenden sus rasgos típicos y una serie de tensiones intrínsecas, que ofrecen motivos a esas observaciones.

En primer lugar, (1) se la nomina como “universal”, noción que tiene como referencia a la ciudadanía, atributo ajeno a las reglas “normales” del sector de la seguridad social argentina, en el que se inscribe. Luego, (2) se fundamenta en un lenguaje de derechos, para un conjunto delimitado de trabajadores informales: es decir que esa convocatoria universalista llega a través del derecho al trabajo; esta condición (trabajo informal) establece la primera delimitación del universo con derecho y a continuación, fija otra: el ingreso que no supere el salario mínimo. Fija, además, los requisitos de acceso y permanencia. En tercer lugar, (3) se justifica en “necesidades presentes” de ese sector de trabajadores, víctimas de injusticia ante la que se propone como una *respuesta reparadora*. Pero, en cuarto término, (4) no es transitoria, queda instituida en un régimen pre-existente de derechos y está disponible, adelantándose a la eventualidad de la desocupación sin cobertura y a la informalidad (a alguna de esas situaciones de injusticia).

Estas características de su institucionalidad hacen de la AUH una institución sui generis, diferente a otras con las que se la compara: al Ingreso Ciudadano para la niñez, a los programas de transferencias condicionadas de ingresos y también a las Asignaciones Familiares “clásicas”, en cuya institucionalidad, sin embargo, se inscribe. Estos rasgos de su institucionalidad originan las observaciones y son señalados como debilidades de la misma, pero si se observa el desarrollo reciente de la protección social, puede vérselos como potencialmente positivos pues aluden a

una población que históricamente no recibió los beneficios de la seguridad social y a la que en las últimas décadas se destinaron *políticas asistenciales focalizadas en la pobreza con test de medios y contraprestaciones*. En tal sentido, si bien tanto un paradigma de derechos como aspiraciones socio-políticas en esa dirección identifican muchos déficits institucionales, bien puede decirse que las contradicciones y los desgarramientos existen porque se interpone otra lógica, de sentido más protector y –de nuevo, *potencialmente*– más ciudadanizador.²²

Justamente, su mayor fortaleza es formar parte de la seguridad social, sector nacido bajo *el principio de los derechos sociales*; derechos del trabajo, ciertamente, y por ello segmentados, pero cuya sola invocación históricamente se contrapuso a la asistencia vergonzante. En la actualidad ello la aleja –*lo decimos explícitamente*– de los programas de transferencias condicionadas, pues hace que hogares de trabajadores que están o provienen de ocupaciones informales ingresen al sector sostenido por aportes de los empleados registrados, contribuciones patronales y otros diversos tributos (entre ellos el IVA). Con ello desacopla una prestación de la seguridad social, de la contribución directa del titular (desacople coherente con regímenes universalistas).²³ En ese sentido, considerando el principio de solidaridad (de clase y social), ésta se amplía al cubrir a quienes no tienen capacidad de aportes directos, por lo menos limitando formalmente la discriminación al instituir la asignación como un derecho más que los incorpora al sistema común, al menos en la orientación de sistemas universales. Es decir,

²² Disentimos con el empeño de Roca, Golbert y Lanari(2012) por argumentar que la AUH no introduce novedades en el sistema de protección; con ello refuerzan las raíces del "derecho al trabajo", en lugar de fortalecer el potencial universalista del que es portadora.

²³ La sostenibilidad financiera de la seguridad social suele ser tratada como un "problema de los jubilados que aportaron"; esta visión del problema es limitada e interesada, lo cual no desestima que las fragilidades de ese segmento ameriten ser consideradas.

sistemas en los que el derecho a protecciones y seguridad ante avatares no dependa de condiciones que escapan a la capacidad de incidencia de los sujetos, como es la dinámica del mercado de trabajo.

En síntesis, mientras que las propuestas del Ingreso Ciudadano para la niñez (paradigmático del universalismo) tienen como materia un ingreso suficiente para cubrir necesidades básicas, para cada niño/a en tanto ciudadano individual, independientemente de la pertenencia social del grupo familiar que integra, y esto no admite ninguna condición, la AUH extiende asignaciones que son suplementarias del ingreso del trabajador para la protección de los niños/as a su cargo, según determinadas condiciones de ocupación e ingresos y establece requisitos para mantener el derecho. También las asignaciones familiares clásicas son suplementos del salario del trabajador que atienden mayores necesidades que plantean los hijos, o eventos familiares específicos. Las transferencias condicionadas, a su vez, son ayudas transitorias para una categoría especial de hogares/personas, que se definen por su vulnerabilidad (más aún, por su redundancia o incompetencia para el mercado de trabajo capitalista). En el primer caso, el ingreso se inscribe en los derechos del ciudadano y en el segundo en los derechos del trabajo; las transferencias son “beneficios” no exigibles como derechos.

Por cierto, las críticas se montan también en la misma indeterminación del discurso de sus creadores, así como en su expectativa, reiteradamente expresada, en el pleno empleo, que haría *“innecesaria la AUH, pues entonces todos tendrían asignaciones familiares”* (lo dice la propia Presidenta periódicamente). El problema es que, desde nuestro punto de vista, las condiciones en el mundo capitalista (es decir, más allá de la Argentina y de la región y desde hace ya tiempo) dan a entender que “el trabajo cambió” así como los modos de disposición de la fuerza de trabajo. Además, como vimos, en el país la política laboral no logró perforar el piso del tercio de informalidad, situación de la que, de

hecho, “se hace cargo” (bajo una modalidad de cierto “sinceramiento”) la AUH. Al respecto, los problemas (o, mejor) las cuestiones más sustantivas se derivan del mundo del trabajo y del tipo de expectativa puesta en sus condiciones: ¿es recuperable el pleno empleo protegido, según la “normalidad” clásica lograda en el siglo XX?; ¿es deseable/posible un sistema de protecciones desconectado del empleo? Decimos “del empleo”, más no del trabajo, puesto que la pertenencia a la comunidad (la sociedad, la nación que contiene esa pertenencia) no puede disolverse en la nada de ningún compromiso valioso para con ella, ni de ninguna referencia para la autovaloración de sus miembros (volvemos sobre esto en el último punto).

Respecto de las **condiciones de acceso** (ingreso mínimo del hogar e informalidad), imponen restricciones que dejan fuera a los monotributistas del régimen común (que son trabajadores por cuenta propia formalmente inscriptos, entre los que están quienes pueden obtener ingresos mínimos). Dado que la AUH se sustenta en el derecho, deja espacio a la posibilidad de demandar por la ampliación de la base de titulares con derecho.

En lo que se refiere a los requisitos de documentación, la tramitación de la AUH/AUE exige acreditar el vínculo parental con partida de nacimiento y DNI, así como un tiempo de residencia en el país de 3 años. Es cierto que este último plazo podría ser discutible e incorporado como tema de los acuerdos que se analizan en el Instituto Social del Mercosur, pero la documentación no puede considerarse como limitación impuesta por la política. Esta cuestión merece, según creemos, una consideración diferente y particular y corresponde a un orden de la estatalidad que vemos más adelante.

En cuanto a las *condiciones de permanencia* (cumplir con la escolaridad y controles de salud de los menores), señaladas como aire de familia con los Programas de Transferencias Condicionadas, es una cuestión escurridiza. Es extendida la crítica a la imposición de esas obligaciones por

la desigualdad de trato respecto de los beneficiarios del sistema contributivo, así como porque estaría evidenciándose el supuesto de que los grupos que caen en la pobreza e indigencia son incapaces de ocuparse de sus niños y niñas. Compartimos las críticas; pero es útil distinguir entre condicionalidades en general –propias de los PTC– y requisitos de permanencia (como venimos nombrando) que, como podría ser aquí, involucran el ejercicio de derechos (el de niños y niñas a la atención de su salud y a la escolarización). En algún sentido, *podría considerarse la posibilidad de un resultado de más derechos, no menos*. Dado que niños, niñas y adolescentes son declarados sujetos de derecho, es obligación del Estado controlar la efectivización de estos. Por supuesto, la obligación estatal no es de “superintendencia”, sino de garantizar condiciones y recursos, pero también deben atenderse “... las situaciones de asimetría [en este caso, entre niños y adultos]”. Se trata de una nueva tensión “...entre control y autonomía; [...] o entre el derecho público y el familiar privado, propia de las políticas sociales y de las regulaciones laborales” (Grassi, 2012b: 27). Es que, a la vez, ninguna política social está exenta de un régimen moral (algunos requisitos de moralidad propios de una “cultura legítima” en la que se inscribe la política). Cultura legítima en la que, en nuestra sociedad, se inscribe la obligación y el derecho a la escolarización, como mínimo. Ello cobra aún más relieve en el marco de una sociabilidad dañada, resultado de la *destructiva transformación* neoliberal, que obliga a repensar, con principios y sin prejuicios, cómo reconstruir esos entramados. Por cierto, ni las razones conceptuales ni las histórico-políticas convierten a *estas* condicionalidades en virtuosas, ni apropiadas. Nuestro propósito es llamar la atención sobre la problematicidad de la cuestión, para evitar la tentación del facilismo, en cualquiera de sus versiones.

La observación anterior nos conduce a dos últimas cuestiones, relacionadas y problemáticas, que refieren a la subjetividad –del sujeto del derecho y de género– que la AUH saca a la luz, pero que, anticipamos, no le son atribuibles.

En primer término, nuestra hipótesis es que los derechos existen también a partir de ciertas condiciones de *apropiabilidad* que los conviertan en recursos efectivos y útiles para las personas (y, en consecuencia, convierten a esas personas en sujetos de derecho). Esas condiciones comprenden aspectos de las políticas más allá de su diseño (la disposición, calidad y tipo de servicios, la consideración acerca de las necesidades y de los propios usuarios, las estructuras, reglas y prácticas informales en las agencias y por los agentes estatales) y también, y principalmente, las experiencias vividas por los diversos grupos sociales que conforman disposiciones subjetivas, entre las que se incluye las experiencias de relación con el Estado (con sus agencias y agentes o con su ausencia).

En esas condiciones y experiencias de vida, también el derecho y lo que se ofrece como tal (la educación, la salud, el plan) adquiere algún sentido para las personas involucradas; porque en esas condiciones y experiencias se configuran subjetividades (y sujetos).

Al respecto, algunos problemas que la AUH saca a la luz son observables también en otras áreas de políticas. En este caso, se trata de las condiciones en las que el derecho deviene (o no) en un derecho en la vivencia, la experiencia e, incluso, en la auto-percepción de las personas, en poblaciones para las cuales los planes sociales estipularon largamente un tipo de relación y regulación estatal y contribuyeron a configurar una experiencia que permite

comprender y explicar la indiferencia que algunos estudios y observaciones²⁴ registran, con respecto al carácter de la nueva asignación (o al espíritu de la política).

Nuestra hipótesis es que en la larga experiencia de sobrevivir con los sucesivos planes sociales, de relacionarse con agencias formales o con mediadores diversos, la (nueva) prestación puede (es posible y comprensible que así sea) ser comprendida/vivida como un plan más, que se recibe “por ser pobre”. Estas condiciones (esta historia) que se erigen como obstáculos, que limitan la potencialidad de la política y que pueden condicionar o determinar su sentido, en realidad, advierten acerca de que *la institución “cultural” de las políticas tiene tiempos más largos (pero que después se hacen más estables) que el dictado de las normas*.

En esa larga experiencia se cuentan muchas mujeres: las “beneficiarias” de los planes sociales que sustenta la llamada “feminización” de la asignación, porque la gran mayoría de las receptoras son mujeres.²⁵ Muchas de ellas viniendo de la inactividad (lo que no quiere decir, de no hacer nada).

Entre esas experiencias de vida hechas de la responsabilidad del cuidado y la inactividad y las condiciones de acceso a la Asignación (ingreso mínimo del hogar) se puede perder la referencia a la condición de trabajadoras (o de hogar de trabajadores) como justificación del derecho. Y si el “trabajo” se diluye en la práctica como referencia del derecho y no hay otra categoría de legitimación que no sea el nivel de ingreso (en el límite básico, la condición de pobre), entonces también se dan condiciones para el deslizamiento de la AUH a ser comprendida/vivida como

24 Nos interesa especialmente citar los muy sugerentes comentarios de Roxana Maurizio en uno de los debates desarrollados en el XI° Congreso de ASET (2013). Lamentablemente, sólo podemos consignar su participación oral, pues por la dinámica de la sesión no existe documento ni registro escrito.

25 Desde hace algunos meses, por *default* todas las asignaciones son recibidas por las madres; tiempo atrás era a la inversa, por *default* correspondía al varón; y hasta los 90, la esposa era una de las “cargas de familia”.

sucedáneo “del plan”, por lo que en esos casos, se vuelve a plantear la cuestión de la valoración y el reconocimiento del sujeto. Esta cuestión, creemos, no se salva con la referencia a la ciudadanía que, en abstracto, no aporta ninguna valía distintiva, salvo si se toman por tales las obligaciones clásicas.²⁶ Este problema de la valía del sujeto se potencia en una sociedad fragmentada no sólo social, sino ideológicamente, con un conjunto muy diferenciado de su población viviendo por debajo de estándares aceptables, cuyo reconocimiento por parte de los grupos más favorecidos –también de trabajadores– se plasma en la atribución de rasgos negativos (la dependencia, la pasividad) como si fueran rasgos de carácter y en el contexto, como decimos antes, de una sociabilidad dañada. Qué es lo que hace a la identidad y al sentido de pertenencia de las personas y a su reconocimiento y auto-reconocimiento como tales personas valiosas, son cuestiones que ameritan una atención responsable en el debate político-cultural (y no sólo ni estrictamente, de las políticas, siquiera para inspirarlas).

Respecto de esta “socialidad dañada”, algunos estudios (Cabrera, 2012; Poder Ciudadano, 2013) realizados en villas de emergencias del GBA, donde se concentran los más altos índices de informalidad laboral y de pobreza, encuentran hogares con menores no cubiertos por falta de la más básica documentación, como el Documento Nacional de Identidad (DNI) o la partida de nacimiento. Hay quienes interpretan la cuestión como “exclusiones de la política”; sin embargo, esta información (que coincide con las dificultades que enfrentan los organismos oficiales) remite a situaciones y problemas que preceden y trascienden a la AUH, en el sentido de que se imponen como obstáculos seguramente a la efectivización de otros derechos elementales.

²⁶ Autovalerse, pagar los impuestos y alistarse como soldado. Rápidamente puede advertirse distintas calidades de ciudadanos adscriptas a estos deberes.

No disponer del DNI y/o, de la inscripción del nacimiento es la situación paradigmática de la existencia en los intersticios de las instituciones y hasta relativamente al margen de la regulación estatal (o al alcance de las formas más oscuras de la acción del Estado, como pueden ser –y no sólo por su capacidad represiva– la de la supremacía de las fuerzas policiales por sobre el control político.²⁷ Esta indocumentación indica la presencia de personas –menores, en este caso– que “no existen” desde el punto de vista del más elemental reconocimiento por –y de la pertenencia a– la comunidad nacional. Hace ya bastantes años que periódicamente se hace pública esta problemática, fundamentalmente relacionada con la matrícula escolar. En realidad, la indocumentación y, más habitualmente, la inscripción de los nacimientos a destiempo, no es un hecho extraordinario, pues ha ocurrido desde épocas remotas allí donde el Estado no llega o es una virtualidad: en las fronteras y parajes recónditos. Pero aun en esas circunstancias se advertía el esfuerzo, más o menos a destiempo, por inscribir a los hijos y mandarlos a la escuela: dos signos por excelencia de la pertenencia y de la identidad en la Argentina.²⁸ Pero la indocumentación actual se presenta como una cuestión de otro orden: un problema propiamente urbano, que ocurre en espacios metropolitanos donde las oficinas públicas están relativamente disponibles y hasta se hacen campañas al efecto; en el que parece estar en cuestión el valor o el significado mismo de aquella pertenencia para los grupos o personas que “no se documentan”. Sin que ello clausure –ni por un instante– la discusión, creemos que es en el con-

²⁷ ¿Hace falta recordar que la corrupción en algunas fuerzas incluye la instrumentación de menores para delinquir?

²⁸ Mario Wainfeld evoca a su abuelo ruso, que criticaba a Rusia y, por comparación, elogiaba a la Argentina (“el mejor país del mundo”, decía), porque “...acá los chicos comen y van a la escuela” (Notas propias del programa “Gente de a pie”, Radio Nacional, 27/09/2013). Es posible que la anécdota relatada refiriera a la década del '50, aunque el inmigrante hablaría de una experiencia que se extendía por una década antes, al menos.

texto de estas problemáticas que debe ser inscripta y debe comprenderse la persistencia de las condicionalidades. Por supuesto, también deben evaluarse su eficacia y sus efectos.

Con esto, volvemos a las mujeres. La crítica señala el riesgo de reforzamiento del rol de cuidadora de las mujeres pues, presumiblemente, la percepción por ellas de la AUH desestimularía su participación en el mercado de trabajo. Dos o tres cuestiones a considerar al respecto: primero, ¿cuál es el “trabajo” que les espera a estas mujeres en el mercado?; luego, se sabe que son muchos los hogares en condiciones de pobreza encabezados por mujeres y que, dada la inestabilidad de lazos y hogares, quienes mayormente se desentienden de los hijos son los varones; asimismo, disponer de dinero propio permite a las mujeres una posición de menor dependencia respecto de los maridos u otros varones del hogar. Estas son cuestiones fácticas a sopesar contra ese riesgo. Pero queda una pregunta más sustancial (o dos): en primer lugar, ¿dónde anclar el derecho para estas mujeres? Aún más, ¿dónde anclar una subjetividad valorada si “cuidar” tiene menos prensa que un “trabajo” miserable?

Balances (y conclusiones)

En este trabajo propusimos analizar el desarrollo de sectores seleccionados de las políticas sociales argentinas en la primera “década larga del siglo XXI”, procurando reconstruir sus procesos y analizar sus resultados alrededor de lo que llamamos su *capacidad de proveer protección a distintos sectores de la población*. Para ello, trabajamos sobre las políticas y condiciones laborales, y sobre dos de los cuatro componentes del sistema de seguridad social que experimentaron modificaciones en el período 2002-2013. Tuvimos en cuenta –aunque no lo expusiéramos– una perspectiva de largo plazo, básicamente para interrogarnos sobre futuros desarrollos posibles.

A nuestro juicio, el análisis expuesto permite realizar ciertos *balances de procesos, reconocer problemas pendientes, e identificar temas que requieren respuestas*:

Hemos dicho que el ciclo neoliberal tuvo en las condiciones y políticas laborales su reforma estratégica y el mismo carácter atribuimos a esas intervenciones en el ciclo presente. Entre otras razones, ello es así por las condiciones en las que ha venido dirimiéndose el cuestionamiento de la transformación neoliberal en la Argentina, fuertemente asentada en la tradición peronista y, por lo tanto, en la reivindicación de los *derechos del trabajo*. Los dos aspectos que aquí analizamos –una agenda compuesta de creación de empleo pleno y regularización del empleo precario y en la que hemos prescindido de otras intervenciones– configuran un programa que posibilita un cambio fundamental en las condiciones de vida de una mayoría de la población. De hecho, obsérvese que *trabajo y seguridad social* son las nuevas vías de tematización de la *inclusión social, que en la década del '90 fue formulada en clave de asistencia (y trabajo asistencializado)*. Sin embargo, y aun con ese reconocimiento, dijimos que los resultados distan de ser óptimos: la reconstrucción institucional, política y cultural requiere de intervenciones radicales que permitan alterar el funcionamiento por el cual la participación del salario encuentra pisos cada vez más bajos a lo largo de las últimas cuatro décadas y bajo distintos regímenes macroeconómicos (Beccaria y Maurizio, 2008 y 2013); así como la precariedad y la informalidad, que completan el cuadro de dicho funcionamiento. Pero también se requiere que puedan ser preservados los avances en ese sentido, frente a los múltiples intereses –económicos y políticos– que pugnan por imponerse contra (y no por más) participación y formalidad. Que ello se logre es condición de toda pretensión de mejora en el bienestar de las personas y para una democratización social sustantiva.

En cuanto a las políticas sociales propiamente dichas, desde el punto de vista de su capacidad de protección, la observación más contundente radica en la cobertura hori-

zontal: puede verse que desde 2002 estas políticas *emprendieron una senda de expansión continuada de la protección a sectores de población no cubiertos*. En efecto, es preciso remontarse varias décadas hacia atrás para encontrar ampliaciones de la protección tan intensas y generalizadas como las descritas. Por cierto, los procesos no han sido idénticos en lo protectorio, institucional ni político: sobre este final reiteramos que la creación de la AUH y la extensión de la cobertura previsional son las que entrañan, en esta materia, mayor incidencia real y potencial en las condiciones de vida de la población, así como las más progresivas –aunque con distintos énfasis– en orden a disminuir la extraordinaria *desigualdad* legada por el neoliberalismo. Ninguna otra ha tenido efectos equivalentes, en las condiciones de vida y en la construcción de un mejor sistema institucional.²⁹

En cambio, el balance sobre el *alcance* de la protección (hasta dónde y cuán satisfactoriamente se concreta) es menos categórico porque aunque sin duda ha crecido, en términos comparativos lo ha hecho menos que su extensión. En parte puede aceptarse que se trate de un movimiento “clásico” (más población protegida primero, consolidación de las prestaciones a continuación), pero los automatismos no existen; aún menos cuando en buena medida la capacidad de proveer satisfacción depende de la calidad de las políticas y de las instituciones, profundamente dañadas en las últimas décadas. Ocuparse de este funcionamiento es, también, una cuenta pendiente de la política, de la investigación y de los agentes institucionales.

A nuestro juicio, estos resultados globalmente más positivos están amenazados por una institucionalización insuficiente. Esto quiere decir que, paradójicamente, algunas de las políticas que han resultado socialmente más democratizadoras son las de institucionalización más débil en

²⁹ Aunque no nos hemos ocupado del sector, atribuimos un papel similar a ciertas políticas educativas, principalmente la obligatoriedad de la educación media.

estos años: la AUH, por caso, potencialmente capaz de redefinir la relación entre seguridad social y asistencia, pero cuestionada en su instrumento, porque aunque los DNU tienen “fuerza de ley”, se la privó del respaldo político que otorgan los procesos deliberativos. Sin embargo, es más preocupante la situación que afecta a la moratoria previsional, también declarada por decreto del Ejecutivo, y que hoy abre interrogantes acerca de la continuidad de la protección para quienes se encuentran en condiciones de precariedad laboral.

Una segunda circunstancia amenaza la capacidad de protección vigente, o interpone serios obstáculos a su aún necesaria expansión: se trata de las resistencias sociales a un sistema de protección de corte redistributivo como el que ha ido tomando forma en estos años. A nuestro juicio, una parte importante de las demandas judiciales a título individual, o las protestas sociales en defensa de la preservación de la desigualdad de partida (como sentido genérico de la crítica al “achataamiento de la pirámide”) y de oposición a la redistribución de ingresos, de hecho caminan en esa dirección. Es posible que esté abriéndose el que podría ser el mayor interrogante hacia el futuro: quizás *la sociedad argentina haya perdido una parte sustantiva de su capacidad –si alguna vez la tuvo– de “democratizar el bienestar”*.

Para terminar, volvemos a nuestro planteo inicial acerca de la particularidad de los sistemas. La arquitectura del sistema argentino de políticas sociales y la coexistencia de principios y formas de organización institucional no constituye un desvío ni una curiosidad argentina: antes bien, ello está en la lógica de todo sistema con un componente corporativo fuerte, pues siempre demandará un sistema complementario para los grupos no comprendidos en el criterio meritocrático. Así es en el caso argentino, como analizamos en el trabajo y, en general, así es en otros países latinoamericanos. Aunque no sólo: he ahí el régimen “mediterráneo” europeo; o el caso británico, si se busca coexistencia de principios, con su paradigmático National Health

System, junto a sistemas asistenciales fuertemente filantrópicos y residuales. En realidad, *sólo los sistemas universalistas son –en su concepción– autocontenidos, pues no requieren principios complementarios.*³⁰ Pero, por cierto, es necesario construirlos... y sostenerlos.

La mirada final al sistema de protección social argentino resultante al cabo de esta primera década muestra que ha sido expuesto a un proceso *de desdibujamiento de los principios considerados “clásicos”*. En efecto, creemos poder afirmar que aquella mayor capacidad de protección, con acento en su expansión horizontal, proviene de un triple movimiento: *una reinterpretación de las categorías* (un singular universalismo dirigido “a todos los trabajadores”); *la redefinición empírica de las categorías de población* (la incorporación de trabajadores “informales” en el componente de la AUH;³¹ y *la generación de mecanismos institucionales que eluden las propias reglas* (ej.: la declaración de haberse desempeñado como independiente para ingresar a la moratoria). A menudo, los argumentos sólo comparten aquella pretensión: *ampliar la protección*. Ha ido conformándose así una retórica que echa raíces –y produce, al mismo tiempo– un universalismo *sui generis*, cuyos contornos están dados por una invocación de derechos en la que conviven la demanda de cobertura total y el reconocimiento de la diferencia y el mérito.

En síntesis, es esa invocación de derechos donde radica, en primer lugar, la progresividad de las políticas descriptas, tanto por la dirección general que imprimen a la acción, como por lo que aportan como lenguaje y recursos formales para disputar por prácticas “ciudadanizadoras”, allí donde las acciones estatales contribuyeron (o contribuyen) a la segmentación y a la dislocación del sujeto de los derechos sociales. Se trata de un proceso aún abierto que no

³⁰ Véase al respecto el trabajo de Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2012)

³¹ Lo mismo podría decirse de la incorporación de monotributistas sociales en las obras sociales.

puede entenderse sino en sus particularidades, aunque tengamos dificultad para nombrar o conceptualizar con algún término clave a la institución de la política, tanto como a eso que hace de los últimos 10/12 años, un ciclo histórico tan diferente del neoliberal, como del viejo estado social. Para los que estudiamos las políticas sociales, esa conceptualización es un desafío y una exigencia para una mejor comprensión de lo que se hace y de lo que resulta. Para los que, además, definen y deciden políticas, es un desafío hacer coherente el lenguaje de los derechos y las cualidades y capacidades de las instituciones que los materializan.

Referencias bibliográficas

- Alonso, G. y Di Costa, V. (julio, 2011). Cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2010. *VI Congreso Argentino de Administración Pública*. Resistencia.
- Arcidiácono, P.; Gamallo, G. y S., Mora (2013). Políticas Sociales no contributivas en Argentina. *11° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*. Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo. Buenos Aires.
- Beccaria, L. y Maurizio, R. (2008). Mercado de trabajo y distribución funcional del ingreso. En J., Lindenboim (Comp.), *Trabajo, ingresos y políticas en Argentina*. Buenos Aires: Eudeba.
- Beccaria, L. y Maurizio, R. (2013). Mercado de trabajo y la distribución del ingreso. Lo sucedido en los 2000 y sus contrastes con los noventa. *Voces en el Fénix* N° 22. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Cabrera, M. C. (agosto, 2012). Los sentidos de la Asignación Universal por Hijo. *II Fórum de Sociología de la Asociación Internacional de Sociología (ISA)*. Buenos Aires.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

- Comas, G. (agosto, 2009). Intermitencias: informalidad laboral y política social. Un estudio de caso en el Gran Buenos Aires. 9° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo. Buenos Aires.
- Damill, M, Frenkel, R. y Maurizio, R. (2011). *Macroeconomic policy for full and productive employment and decent work for all: Argentine experience*. Ginebra: OIT.
- Danani, C. (2012). La otra década de reformas de las políticas sociales y laborales. Argentina, 2002-2010. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica*, 135-136, 59-72.
- Danani, C. y Lindenboim, J. (2003). “Trabajo, política y políticas sociales ¿hay algo de particular en el caso argentino?” En J., Lindenboim y C., Danani (coord.) *Entre el trabajo y la política. Las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*. Buenos Aires, Biblos.
- Danani, C. y Hintze, S. (2011). Protección y seguridad social para distintas categorías de trabajadores: definiciones conceptuales, propuestas de abordaje e intento de interpretación. En C. Danani y S. Hintze (Coords.), *Protecciones y desprotecciones: la Seguridad Social en la Argentina, 1990-2010*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Fernández, A. y González, M. (2012). La desigualdad en los ingresos laborales. Su evolución en la posconvertibilidad. *Apuntes para el Cambio*, 3.
- Golbert, L. (2008). Las políticas sociales antes y después de la Fundación Eva Perón. En C. Barry, K. Ramacciotti y A. Valobra (Eds.), *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*. Buenos Aires: Biblos.
- Grassi, E. (1989). *La mujer y la profesión de Asistente Social. El control de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Espacio.
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame*. Buenos Aires: Espacio.

- Grassi, E. (noviembre, 2012a). Conceptualización de la política social y la reproducción de la vida. *II Seminario Latinoamericano sobre Desigualdad y Políticas Socio-laborales en Perspectiva Comparada: la reintroducción de la universalidad y las cuestiones de género*. Instituto de Altos Estudios Nacionales. Quito.
- Grassi, E. (2012b). La política social y el trabajo en la Argentina contemporánea. Ente la novedad y la tradición. *e-l@tina*, 10 (39), 5-33.
- Grassi, E. y Danani, C. (2009). *El mundo del trabajo y los caminos de la vida*. Buenos Aires: Espacio.
- Grassi, E., Hintze, S. y Neufeld, M.R. (1994). *Políticas sociales. Crisis y ajuste estructural*. Buenos Aires: Espacio.
- Hintze, S. (2006). *Políticas sociales argentinas en el cambio de siglo. Conjeturas sobre lo posible*. Buenos Aires: Espacio.
- Hintze, S. y Costa, M. I. (2011). La reforma de las asignaciones familiares 2009: aproximación al proceso político de la transformación de la protección. En C., Danani y S., Hintze (Coords.), *Protecciones y desprotecciones: la Seguridad Social en la Argentina, 1990-2010*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Jefatura de Gabinete de Ministros (2003). *Memoria detallada del Estado de la Nación*. Mimeo.
- Lindenboim, J.; Kennedy, D. y Graña, J. (2010). El debate sobre la distribución funcional del ingreso. *Desarrollo Económico*, 196 (49), 541-571.
- Martínez Franzoni, J. y Sánchez Ancochea, D. (2012). *The Double Challenge of Market and Social Incorporation*. Disponible en línea en: <http://goo.gl/DUleyw>
- Palomino, H. (agosto, 2007). La instalación de un nuevo régimen de empleo en la Argentina. *8º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*. Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo. Buenos Aires.

- Poder Ciudadano (2013). *Análisis de riesgos a la integridad en programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina. Asignación Universal por Hijo para integración social*. Buenos Aires: Poder Ciudadano-Transparency International.
- Roca, E., Golbert, L. y Lanari, M.E. (2012). *¿Piso o sistema integrado de protección social? Una mirada desde la experiencia argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
- Salvia, A. (2007). Consideraciones sobre la transición a la modernidad. La exclusión social y la marginalidad económica. En A., Salvia y E., Chávez Molina (Comps.) *Sombras de una marginalidad fragmentada*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Salvia, A., Stefani, F. y Comas, G. (2007). Ganadores y perdedores en los mercados de trabajo en la argentina de la post devaluación. *Lavboratorio*, 21 (9), 19-31.

Aspectos sociales del envejecimiento demográfico y los cuidados

ELSA LÓPEZ, LILIANA FINDLING, PAULA LEHNER Y SILVIA MARIO

Envejecimiento de la población argentina: evolución y situación actual

Los demógrafos se refieren al envejecimiento demográfico cuando el porcentaje de personas de 65 años o más alcanza o supera al 7% del total de la población; es un proceso inédito del que no existen precedentes históricos (United Nations, 1956). A diferencia del envejecimiento de las personas, que nacen, crecen, maduran, envejecen y mueren, las poblaciones pueden envejecer o rejuvenecer mediante cambios en su dinámica de crecimiento, sea a través de la natalidad, la mortalidad o la migración. El factor más relevante para el envejecimiento demográfico es el descenso de la natalidad. Si ésta aumenta, la población va a tender al rejuvenecimiento, que también puede lograrse por el aporte de personas jóvenes provenientes de los procesos migratorios. A la inversa, la emigración de personas en edades jóvenes contribuye de manera importante al envejecimiento de la población y afecta las posibilidades de formación de hogares y familias y el perfil del mercado de trabajo.

Las transformaciones demográficas tienen consecuencias que plantean desafíos sociales y políticos. El envejecimiento de la población es un cambio que tiene repercusiones en la vida cotidiana a nivel individual, familiar y social.

En lo económico cambian las relaciones entre el ahorro, las inversiones y el consumo, se modifican los mercados de trabajo y se impone un redimensionamiento de las pensiones y las transferencias intergeneracionales. A nivel familiar e individual esos cambios se manifiestan en la composición de la familia y las modalidades de convivencia, afectando las relaciones de intercambio y reciprocidad entre sus miembros. No menos importante es la demanda específica que se plantea en relación a los servicios de cuidado y de atención de la salud (United Nations, 1988; Laslett, 1989 y 1995).

El Censo Nacional de Población de 1970 marcó el inicio del envejecimiento de la población argentina, que actualmente es uno de los cuatro países más envejecidos de América latina, junto con Cuba, Chile y Uruguay (CEPAL/CELADE, 2011), en el cual el incremento absoluto de las personas mayores se acompaña de un aumento del peso relativo de ese grupo respecto del total de la población.

El proceso de envejecimiento es el resultado del pronunciado descenso de la fecundidad, la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. La tasa global de fecundidad de nuestro país bajó desde 5.3 hijos por mujer en 1914 a 2.2 en 2010 (un descenso del 58%), valor apenas por encima del nivel del reemplazo demográfico. En el mismo periodo, la esperanza de vida al nacer aumentó casi 27 años y el porcentaje de población de 65 años y más se quintuplicó (Cuadro 1 en Anexo).

El descenso de la fecundidad ha sido el factor más importante para dar cuenta de la actual situación del envejecimiento de la población en la Argentina. De acuerdo con Pantelides y Moreno (2009), si el nivel de la fecundidad no hubiera descendido como lo hizo, la población del país en el año 2000 habría sido casi tan joven como lo fue en 1900 aunque la mortalidad y la migración se hubieran comportado como lo hicieron.

La dinámica y los cambios en la fecundidad no son los únicos factores que explican el envejecimiento de la población; en él interviene también el sostenido aumento de la

esperanza de vida al nacer, fenómeno observable entre los extremos del período considerado que revela una ganancia de más de un cuarto de siglo de vida. El peso relativo de la población de 65 años y más es el producto de la mayor sobrevivencia de los que alcanzan esa edad y de la disminución porcentual de las personas en las edades más jóvenes.

Lo expuesto hasta aquí es válido para un diagnóstico a nivel nacional. Sin embargo, hay que señalar la disparidad existente en diversas jurisdicciones del país, presentándose el envejecimiento como un fenómeno más acentuado en la región pampeana. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es la jurisdicción más envejecida del país, con el 16% de su población en edades de 65 años o más (aunque hay comunas de la ciudad, como la de Recoleta, donde las personas de esas edades constituyen el 20% de la población). A CABA le siguen un conjunto de provincias con el 10% de su población en esas edades (Santa Fe, Córdoba, La Pampa, Entre Ríos y Mendoza). El resto de las provincias fluctúa entre el 8 y el 6%; Tierra del Fuego es la que presenta menor peso relativo de población de 65 años y más (3.8%), como consecuencia del fuerte flujo migratorio de los años 1980, que rejuveneció la población (Cuadro 2).

Una característica distintiva del envejecimiento es su especificidad de género; en general, a medida que aumenta la edad de una población se acrecienta la proporción de mujeres, rasgo que se origina en la mortalidad diferencial por sexo y que redunda en una mayor esperanza de vida para las mujeres. En promedio, las mujeres argentinas viven seis años más que los hombres y, a medida que aumenta la edad de la población, el peso relativo de las mujeres aumenta. En la Ciudad de Buenos Aires, el 34% de las mujeres de 65 años o más tiene 80 años o más, mientras que el 26% de los varones está en esa situación (Cuadro 3).

Otro rasgo diferencial del envejecimiento de la población que se deriva del aumento de la esperanza de vida es que las personas de 80 años o más tienen cada vez un mayor peso relativo, aspecto que puede apreciarse mediante

el indicador de envejecimiento del envejecimiento, expresado en el porcentaje de personas de 80 años y más sobre el total de la población. Este indicador ha aumentado de manera sostenida en todas las provincias del país durante los últimos 40 años y es, como ya se mencionó, superior en la población femenina (Gráficos 1 y 2).

De acuerdo a CEPAL/CELADE (2011), el grupo de mayores de 80 años mostró tasas de crecimiento notoriamente superiores a cualquier otro grupo de edad durante el periodo señalado, fenómeno que seguirá ampliándose con más rapidez que en el resto de la población y que requerirá respuestas de los sistemas previsionales y de salud y, en muchos casos, también de las familias.

El índice de dependencia potencial de padres, que mide el cociente entre las personas de 80 años o más y las personas de 50 a 64 años, es un indicador de la demanda de apoyo del primer grupo (los potenciales padres) sobre el segundo grupo (los potenciales hijos); es interesante observar que su tendencia ha ido en aumento en las últimas cuatro décadas, por lo cual la demanda de apoyo a nivel nacional creció desde un índice de 7,5 en 1970 a 18 en 2010 (Gráfico 3). Dada la típica feminización del envejecimiento, esta creciente demanda de apoyo por parte de progenitores afecta en mayor número y en forma progresiva a las mujeres.

La salud de los adultos mayores

Los estudios sobre desigualdades en salud ponen de manifiesto las diferentes maneras en que varones y mujeres de distintas edades perciben la salud y la enfermedad, se acercan a los servicios de salud, enferman y mueren. Desde un punto de vista sociodemográfico, la inserción ocupacional presente o pasada y el nivel educacional son factores que influyen de manera determinante en las percepciones de las personas sobre su propia salud y los cuidados que dedican a

ella. A ello se agregan la oferta y el acceso a los servicios de salud y las redes familiares y sociales, que juegan un papel esencial en la explicación de las desigualdades en salud.

Una investigación cualitativa¹ en personas de 60 años o más que estudió en hombres y en mujeres la apreciación sobre la propia salud revela una visión más positiva de los varones, a pesar del mayor acercamiento de las mujeres con los servicios de salud. La comprobación de las diferencias, que coincide con la de otros estudios, permite aventurar la hipótesis de que las valoraciones más negativas de las mujeres provienen de la mayor incapacidad que sufren por ser más longevas en las edades más avanzadas.

De esa investigación se desprende también que las personas de mayor edad orientan sus esfuerzos hacia el manejo de las pérdidas, tanto en los aspectos físicos como cognitivos y afectivos, lo cual se traduce en la aceptación de las propias limitaciones y la resignación ante éstas. En ese sentido, se advierte que cuando los malestares no impiden la vida diaria, y aun ante la presencia de dolencias, se tiende a opinar que se dispone de una buena salud, afirmación importante desde el momento en que no necesariamente la percepción positiva se limita a un diagnóstico médico sino a cómo se sobrelleva un malestar (López, Findling, Abramzón, Lehner, Ponce y Venturiello, 2009).

La relación entre discapacidad y envejecimiento demográfico se ha convertido en un tema relevante. Los problemas de salud indican que a medida que aumenta la edad crece la probabilidad de sufrir limitaciones y discapacidades. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma manera, y en ello intervienen de manera importante el nivel educativo, el ingreso y los roles ocupacionales y familiares que se asumen a lo largo de la vida (López *et al.*,

¹ Proyecto: Desigualdades en salud: de las evidencias a los indicios. (UBACYT 2003-2005) Elsa López y Liliana Findling (Directora y Co-Directora). Mónica Abramzón, Marisa Ponce, Paula Lehner, María Pía Venturiello y Silvia Mario (integrantes del equipo de investigación). Instituto de Investigaciones Gino Germani- Facultad de Ciencias Sociales – UBA

2009; Casado Pérez, 2004; Zúñiga Macías, 2004). A ello se suma la vulnerabilidad de las personas más grandes cuando aparece o se incrementa la discapacidad por la pérdida de autonomía que conlleva este proceso, que afecta tanto su bienestar como el de su familia, principal encargada del cuidado. En este sentido, cuando se trata de medir la calidad de vida de los adultos mayores cobra importancia el grado de autodeterminación en sus actividades cotidianas (Verdugo, 2007).

Es esperable que las personas mayores presenten una prevalencia de discapacidad que aumente con la edad y sea más elevada que la de la población en general, porque con los años tienen más dificultades para ver, oír, moverse, entender o aprender. La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2009 (ENFR) (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2009) muestra diferencias por sexos a nivel de la población total (12% de varones y 14% de mujeres), que se vuelven más evidentes cuando aumenta la edad. Así, si en el grupo de los de 65-69 la discapacidad alcanza al 30% de los varones y al 32 % de las mujeres, estas diferencias se hacen más notorias en las personas de 80 años o más (53% varones y 58% de las mujeres). Como se dijo, las mujeres tienen una esperanza de vida más elevada que los varones pero suelen vivir los años más avanzados con mayores niveles de discapacidad (Gráfico 4).

Según los datos de la ENFR, la mayor proporción de personas mayores que consideran que su estado de salud es excelente o bueno se encuentra en la Región Pampeana, mientras que la menor se ubica en el Noroeste (NOA), región que presenta los niveles más bajos de autopercepción excelente o buena del estado de salud, de movilidad y autovalencia. En contraste, la Región Patagónica es la que tiene los mejores indicadores: mientras que en el NOA el 61% de los adultos mayores no tiene problemas para caminar,

el 89% para lavarse o vestirse solo y el 75% para realizar actividades cotidianas, en la Región Patagónica esos valores alcanzan al 69%, 93% y 82% respectivamente (Cuadro 4).

Esa misma fuente revela que las mujeres tienen mayores problemas de movilidad que los varones (33% contra 31%), diferencias muy leves que se hacen más notorias cuando se comparan las dificultades para lavarse o vestirse solas (8% y 3% respectivamente), o para la realización de actividades cotidianas (22% contra 14%). Asimismo, existen diferencias por grupos de edad, observándose que en las personas de 85 años o más se agudizan los problemas de movilidad (60%). Por último, los datos indican que un 36% de las personas de 65 años o más que viven en hogares unipersonales tienen problemas de movilidad (Cuadro 5).

La ENFR 2009 también señala que las mujeres del GBA consultaron al médico en los 30 días anteriores a la encuesta con mayor frecuencia que los varones (66% contra 54%). En consonancia con este dato, las mujeres declararon tener más problemas de salud (40% contra 22% de los varones). La distribución por edades revela que las personas de 74 a 84 años son las que más frecuentemente consultaron al médico en el periodo mencionado, a pesar de que las de 65 a 74 años manifestaran haber tenido más problemas de salud.

Por último, la fuente de la Encuesta revela que las mujeres y las personas de 80 años o más son las que conviven en mayor proporción en hogares con al menos una persona discapacitada (Cuadro 6).

Cobertura previsional y de salud

Durante la última década se observa un aumento considerable del porcentaje de personas mayores beneficiarias de una jubilación o pensión, pasando del 70% de cobertura en 2001 a casi el 94% en 2010 en el total del país (Gráfico 5). Si bien la tendencia general muestra un aumento en el acceso

a las jubilaciones o las pensiones, aún persisten diferencias entre las provincias argentinas. Así, en las provincias del Noreste (NEA), que presentaban los niveles más bajos, de alrededor del 55% en 2001, los valores alcanzan a más del 90% en 2010. Otras jurisdicciones (La Pampa, Catamarca, La Rioja, CABA y Santa Cruz), que en 2001 tenían niveles de alrededor del 80% de cobertura de jubilaciones o pensiones, se han recuperado de diversa manera. A pesar del aumento general, en 2010, el nivel más bajo de percepción del beneficio jubilatorio lo tuvo Tierra del Fuego (75%). Esta ampliación del porcentaje de personas mayores redundo en una mejora de los ingresos de esos sectores de la población, que se han visto favorecidos, además, por la Ley de Movilidad (aumento bianual de los montos de las jubilaciones) y la posibilidad de jubilación para las mujeres amas de casa que, debido a su edad, a su generación y a factores socioculturales ligados a aspectos de género, habiendo o no trabajado fuera del hogar pudieron haber abandonado el mercado de trabajo para dedicarse a ser amas de casa y a la crianza de sus hijos.

En relación a las diferencias por sexo en la percepción de jubilación o pensión, existe una brecha a favor de las mujeres mayores de 65 años de casi 6 puntos porcentuales. La distribución de las personas de 65 a 69 años por sexo muestra que el 92% de las mujeres y el 78% de los varones tienen jubilación, diferencia que se podría adjudicar a que muchos de ellos aún están activos. A medida que aumenta la edad los niveles se ubican en valores superiores al 90% y las diferencias se hacen menos notorias en las personas de 80 años o más (Gráfico 6).

Una tendencia similar presenta la cobertura de salud, donde en el grupo de los 65 a los 69 años se observa una disparidad que beneficia a las mujeres (95% contra 89%), aspecto que puede explicarse porque la cobertura está ligada a la percepción del beneficio jubilatorio. Las diferencias

se atenúan en las edades más grandes, aunque persisten pequeñas diferencias de cobertura a favor de las mujeres (Gráfico 7).

El aumento de los problemas de salud y de la utilización de los servicios para la atención de las personas mayores lleva a plantear que en la atención médica deben resaltarse los aspectos de salud de manera independiente de los de enfermedad, lo que incluye las percepciones de las personas sobre su estado de bienestar o malestar. Los sistemas de salud, en tanto constituyen el modo en que la sociedad organiza la respuesta ante la enfermedad, tienen una asignatura pendiente respecto de esta cuestión que ha sido denominada como *inercia de las instituciones* (Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social, 2001; Costa, 2012).

Arreglos residenciales de las personas de 65 años o más

Abordar el estudio de los adultos mayores y sus familias implica situar a las personas en las etapas avanzadas del curso de vida en un amplio abanico de posibles formas familiares. Por lo general, los adultos mayores se encuentran en la etapa denominada *nido vacío*, aquella que ocurre cuando los hijos adultos se emancipan y abandonan el hogar (Arriagada, 2004). Esto explica el por qué buena parte de los mayores de 65 años viven en compañía de sus cónyuges o solos si han enviudado. La sobremortalidad masculina contribuye a que una mayor proporción de mujeres adultas mayores vivan en hogares unipersonales.

En los últimos años, las ciencias sociales, y en especial la demografía, se han ocupado de estudiar los arreglos residenciales de los adultos mayores. La manera en que éstos resuelven las modalidades de residencia aparece íntimamente relacionada con las redes de apoyo y soporte intrafamiliar y tiene implicaciones directas sobre su bienestar.

Se han señalado también los límites poco precisos de las definiciones de familia más allá de los límites del hogar y la importancia de las redes de apoyo en el funcionamiento de las economías domésticas de los adultos mayores (Puga, Rosero-Bixby, Glaser y Castro, 2007).

Los arreglos residenciales incluyen una amplia gama de posibilidades que van desde vivir solo, con el cónyuge, con los hijos, con otros parientes o con cuidadores, hasta vivir en instituciones. Es importante señalar que estos arreglos no siempre son el resultado de una elección voluntaria de las personas mayores sino que, muchas veces, son producto de múltiples contingencias sociales que se ven obligadas a aceptar. En tal sentido, algunos estudios concluyen que, cuando no está marcada por la necesidad, la convivencia entre miembros de la misma familia puede tener efectos positivos (Puga, *et al.*, 2007).

El porcentaje de personas de 65 años o más que viven en hogares nucleares y en hogares unipersonales aumentó entre 2001 y 2010, reduciéndose la proporción de los que habitan en hogares extendidos o compuestos. Los arreglos residenciales de estas personas difieren según la provincia: en las jurisdicciones más envejecidas predominan los hogares unipersonales y nucleares, mientras que en las del NOA aumentan su participación los hogares extendidos y compuestos, menos frecuentes en la región pampeana y la CABA. Los arreglos residenciales en hogares extendidos o compuestos (en los cuales reside un núcleo conyugal con otros familiares y/o no familiares) son más comunes en las provincias de Santiago del Estero, Salta, Catamarca, Jujuy, La Rioja y Tucumán. En 2001, más del 50% de la población de 65 años y más residía en este tipo de hogares, mientras que en 2010 baja el porcentaje y, en cambio, aumentan los hogares unipersonales en todas las provincias (Cuadro 7).

Redes sociales y curso de vida

Dado que el sistema de protección social que ampara necesidades sociales, económicas y de salud no cubre en general a la totalidad de la población o, si lo hace, su aporte es insuficiente para mantener una calidad de vida acorde con las exigencias que plantean las edades avanzadas, una parte significativa de la población mayor debe obtener recursos de diversas redes sociales, fundamentalmente de la familia.

En este sentido, la existencia de redes de apoyo en las edades avanzadas permite la integración social de las personas y evita el aislamiento. Si bien no existe un concepto unívoco para definir las redes, se las define como “una práctica simbólico-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos” (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

La categoría *redes sociales* fue propuesta como indicador de apoyo, suponiendo que éste estaba asegurado si se pertenecía a una red. Sin embargo, la investigación gerontológica puso en duda esa interpretación y comenzó a investigar la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos. Ello permitió comprobar que pertenecer a una red social no garantiza necesariamente un apoyo constante, ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de vida de los individuos. Las virtudes y limitaciones observadas en algunas definiciones de las redes sociales mostraron, además, la necesidad de tomar en cuenta la percepción de las personas mayores sobre lo que dan y lo que reciben, así como la importancia que le asignan a las redes cuando califican su calidad de vida (Guzmán *et al.*, 2003).

En el apoyo social pueden distinguirse dos fuentes: la formal y la informal. El sistema formal de apoyo está basado en una organización burocrática, con objetivos específi-

cos en áreas determinadas y utilización de profesionales o voluntarios para garantizar las metas. El sistema informal está constituido por las redes personales y comunitarias no estructuradas y se da sobre todo en las familias, considerándose que la cohabitación o coresidencia constituye una de las formas más comunes de apoyo material y emocional de las personas mayores (Guzmán *et al.*, 2003).

De los resultados de nuestro proyecto de investigación se desprende que, con respecto a las opiniones sobre la vida cotidiana, las mujeres expresan más sensaciones de soledad que los hombres, aunque indican contar con el apoyo de sus familias; en contraste, los varones se muestran confiados en sí mismos y satisfechos con las actividades que realizan. Pese a haber disminuido las tareas domésticas más gravosas por el alejamiento de los hijos del hogar o la muerte de sus maridos, las mujeres continúan amoldándose a las demandas de la familia, no percibiéndolas como una carga. Tanto las que trabajaron fuera de su casa como las que no lo hicieron, manifestaron sentirse cómodas en el ámbito de lo doméstico y familiar. En lo que respecta a los apoyos que reciben las personas mayores se advirtió que la pertenencia a una o varias redes sociales no garantiza apoyos constantes, ya que los mismos pueden variar a lo largo de la vida, dependiendo su efectividad de la valoración que cada persona le otorgue en distintos momentos. Las redes de amigos mostraron diferencias según nivel socio-económico: en los estratos medios y altos prevalecen las relaciones que provienen de historias colegiales, laborales y deportivas, mientras que en los más bajos se establecen preferentemente contactos con los vecinos del barrio, que con frecuencia se convierten en amigos. Las familias, como redes de apoyo fundamental, son los pilares de las personas mayores a medida que avanza la edad (López *et al.*, 2009).

Un campo novedoso para el estudio de las personas mayores, surgido en los últimos años, es el enfoque del *curso de vida*, entendido como secuencia de eventos y roles sociales determinados por la edad y arraigados en la estructura

social en un tiempo histórico determinado. Este abordaje se complementa con el proceso de construcción de la memoria histórica generacional, que constituye el soporte de la biografía de los seres humanos (Oddone y Lynch, 2008). El estudio de los aspectos conductuales y subjetivos del paradigma del curso de la vida ha permitido capturar la complejidad de la interacción entre las transiciones individuales a medida que cambian durante la vida (Gastrón y Lacasa, 2009).

El envejecimiento y los cuidados

El cuidado de los mayores es un problema social que se enmarca en un contexto de disminución del tamaño de los hogares y de una mayor participación de las mujeres en el trabajo extra-doméstico.

El cuidado facilita tanto la subsistencia como el bienestar y el desarrollo. Abarca la indispensable provisión cotidiana de bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de todo el ciclo vital y busca conservar las capacidades y la autonomía de las personas en el caso de aquellas que por su edad son más frágiles y de las que tienen alguna discapacidad.

La gestión del cuidado requiere organizar bienes, recursos (materiales, simbólicos, afectivos), servicios y actividades que hagan viable la alimentación, la salud y la higiene personal así como la estimulación de procesos cognitivos y sociales, tareas que involucran simultaneidad de papeles y responsabilidades dentro de las familias, en espacios y ciclos difíciles de traducir en tiempo, intensidad o esfuerzo. Estas tareas pueden realizarse de manera no remunerada por familiares, delegarse con remuneración a través de relaciones laborales formales e informales o a través de instituciones (Pautassi, 2013; Martín Palomo, 2009).

En América latina, el descubrimiento de las personas que cuidan ha sido más tardío que en otras latitudes, rol que adquirió predominancia en los debates sobre las reformas de la salud y los modelos de atención de los servicios durante el proceso de debilitamiento del sistema de protección social del Estado de Bienestar (Aguirre, s/f; Provoste, 2003).

6.1. Algunas perspectivas sobre el abordaje del cuidado

Se detallan algunas orientaciones teóricas y estudios empíricos sobre este tema:

a) La provisión de cuidados en la sociedad se organiza generalmente en torno a un diamante del cuidado compuesto por la familia, el mercado, el Estado y las organizaciones no gubernamentales (Razavi, 2007) y tiene fuertes consecuencias para los que acceden a él y para aquéllos que se encargan de cuidar. La evidencia latinoamericana muestra que la participación de los otros vértices del diamante de cuidado resulta marginal, menor y complementaria y que la estratificación en el acceso a servicios y prestaciones de cuidado se transforma en un vector de desigualdad (Rodríguez Enríquez y Méndez, 2013).

En la década de 1990 se abrió un profundo debate en las sociedades occidentales en torno a la organización de la provisión del bienestar. Una de las principales contribuciones provino de Esping Andersen (1993), que distingue los regímenes de bienestar (liberal, corporativo y socialdemócrata) según quién asuma la carga principal de cuidado: el mercado, el Estado o las familias. Con respecto a estas últimas, debe tenerse en cuenta el concepto de *familismo*, que remite al modelo de los países mediterráneos, en el cual se observa un importante nivel de confianza en la familia para la provisión de trabajo y servicios asistenciales, tanto desde el punto de vista de la solidaridad intergeneracional como de la basada en la estructura de género. Si bien se asume que las familias son los marcos relevantes de la ayuda social y se parte del supuesto de que las familias “nunca

fallan” (Esping Andersen, 1993), en la actualidad se observa un proceso de desfamiliarización (Martín Palomo, 2009). Además, como lo señala Flaquer (2002), el familismo lleva implícito un modelo de familia tradicional tanto en sus funciones como en su estructura. Se trata de una familia que asume importantes tareas de provisión del bienestar entre las generaciones y presenta en su organización interna una estructura con una fuerte división sexual del trabajo.

b) En relación directa con los modelos familiares, un conjunto de investigaciones en Europa analizan el cuidado intergeneracional que vincula la familia con el trabajo, enfatizando que un resultado no previsto de determinadas políticas sociales ha reforzado el papel de las mujeres en las tareas de conciliación, dándoles la mayor responsabilidad en desmedro del compromiso de los varones (Torns Martin, 2005). En el interior de la familia, las distintas generaciones interactúan y establecen un tipo de relaciones sociales que comportan un intercambio: de servicios, de afecto, de bienes. Son relaciones marcadas por las nociones de responsabilidad y obligación, además de sentimientos de amor y afecto, y también por la negociación y el conflicto. En ese sentido, algunos estudios plantean que los discursos de las personas de generaciones mayores atraviesan múltiples contradicciones y estereotipos y que existe una tendencia a idealizar un tiempo en el que los padres eran asistidos por los hijos como algo natural. En la actualidad, en cambio, las circunstancias sociales, económicas, demográficas y culturales limitan las posibilidades de continuar con este modelo, transformando las expectativas individuales. La idea del individualismo de las generaciones más jóvenes refleja el cambio de actitudes y la valoración diferente que éstas hacen de las responsabilidades de cada generación hacia la anterior, no tan bien definidas como lo estaban en el modelo tradicional. Es por eso que los discursos de las personas mayores están marcados por la contradicción entre el deseo de ser cuidados por sus propios hijos, tal y como ellos mismos asistieron a sus padres, y el deseo de no

ser una carga; por ello desean acudir a asistencia externa si se vieran en una situación de dependencia (Bazo y Ancizu, 2004; Gomila, 2011).

c) Diversas líneas de investigación en España abordaron los “costos invisibles” de la enfermedad, sobre todo aportando estimaciones del tiempo destinado por la población a la atención de la salud de los miembros del hogar y en las instituciones del sistema de salud. Con estas investigaciones empíricas se intenta comprender la complejidad del cuidado desde la mirada de las cuidadoras, principalmente mujeres. Las investigaciones relacionan el cuidado con la subjetividad, las lealtades de parentesco y las implicaciones personales. Los trabajos describen diversos trastornos psicosociales derivados de la carga de trabajo del cuidador y el modo en que esta tarea afecta a la vida de los y las cuidadores/as al disminuir su autocuidado y reducir su vida social (Delicado Useros, 2003 y 2006; Durán Heras, 2002; Julve Negro, 2006).

El proyecto de investigación “Mujeres, cuidados, salud y familias”² indaga mediante entrevistas en profundidad la trayectoria del cuidado de mujeres que residen en el AMBA y cuidan a familiares con problemas de salud. Algunos resultados mostraron que las entrevistadas ejercen un rol protagónico en la organización, provisión y supervisión del cuidado hacia sus asistidos en todos los estratos socio-económicos, aunque es de destacar que las mujeres de sectores medios cuentan con la posibilidad de delegar mediante el pago algunas tareas del cuidado en otras mujeres de menores recursos. También se detecta que el apoyo a familiares dependientes no sólo se sostiene en base al afecto y al vínculo parental sino que también implica una obligación: retribuir aquello que se recibió. El trabajo emocional es una

2 Proyecto UBACyT 2011-14. Elsa Mabel López y Liliana Findling (Directora y Co-Directora), Marisa Ponce, Paula Lehner, María Pía Venturiello, Silvia Mario y Laura Champalbert (integrantes del equipo de investigación). Instituto de Investigaciones Gino Germani- Facultad de Ciencias Sociales – UBA

parte importante de la tarea del cuidado, que se acentúa cuando existe una mayor vulnerabilidad entre los familiares que reciben ayuda. La asistencia a familiares enfermos tiene consecuencias sobre las relaciones familiares y sociales, genera tensiones entre esa tarea, la esfera laboral y la situación económica familiar y afecta la salud de las personas que cuidan (López, Findling, Lehner, Ponce, Venturiello y Champalbert, 2012).

d) Otro abordaje sobre la reproducción social y la organización familiar es el planteado por Meillasoux (1977), que fue uno de los precursores del estudio del rol de la organización de la unidad doméstica y los modos de producción y reproducción social. Este enfoque se enriqueció con los aportes de los estudios feministas, que criticaron la perspectiva ahistórica de Meillasoux al analizar los procesos de patriarcado y la subordinación de las mujeres (Jelin, 2012; Razavi, 2007). Las teóricas feministas también han tendido a desacreditar la perspectiva reduccionista de la economía al considerar que la provisión de cuidado no siempre está sujeta a la oferta y la demanda del mercado (Pérez Orozco, 2009).

e) Desde la sociología, Bourdieu (1997) ha recalcado la desnaturalización de algunas prácticas de cuidado a las que históricamente se les adjudicó un carácter altruista y desinteresado, considerando que eran ajenas a las prácticas socioeconómicas y culturales y a la sostenibilidad del sistema social en su conjunto. Además subraya, por un lado, el concepto de *sufrimiento social* como camino para alcanzar un análisis psicosocial del objeto del bienestar y, por otro, alerta que ante situaciones de riesgo la disponibilidad de capital social facilita una gama de recursos que sirven para enfrentar las condiciones adversas de la enfermedad y la vulnerabilidad (Zibecchi, 2013; Krmpotic, 2011).

f) Las organizaciones de las Naciones Unidas -CEPAL, UNFPA, UNSRID- se concentran principalmente en los cuidados de la infancia con la intención de superar la pobreza infantil, las desigualdades sociales y las crisis económicas

recurrentes. Se pone de relieve la importancia que asume el cuidado para el crecimiento económico y, sobre todo, para el desarrollo social. Con el fin de poder estimar la magnitud de las tareas del cuidado se diseñaron las Encuestas de Uso del Tiempo (una metodología que reveló su eficacia a partir de la Conferencia Internacional de la Mujer de 1995 en Beijing), que contribuyen a conocer cómo se distribuyen en los hogares los cuidados que se brindan, sus ámbitos y superposiciones con las actividades domésticas según sexo y clase social (Razavi, 2007; Pautassi, 2007; Pautassi y Zibecchi, 2010; Faur, 2012; Esquivel, 2012; Jelin, 2012; Arcidiácono y Zibecchi, 2013).

g) Otro enfoque interesante pone énfasis en la economía social del cuidado, que destaca los rasgos esenciales de la asistencia en su calidad de bien o servicio. La *economía del cuidado* es un espacio de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades más básicas, necesarias para la existencia, supervivencia y reproducción de las personas. Una alternativa sobre la economía del cuidado es la del *trabajo de cuidado no remunerado* del hogar. Así, el trabajo doméstico constituye un aspecto central del cuidado, aunque pueda o no complementarse con servicios pagos. La *economía de cuidado ampliada* se define como el sistema de reproducción social y de trabajo doméstico no remunerado realizado en el interior de los hogares y también por el sistema de provisión pública y privada de los servicios de cuidado. En ese sentido se resalta la dimensión de género, ya que permite observar la producción y el consumo del cuidado del cuerpo y la vida humana en tanto prácticas y relaciones cotidianas (Camejo, 2012; Pautassi, 2007; Pautassi y Zibecchi, 2010).

En una línea similar se hace referencia a la *distribución social del cuidado* basada en la oferta pública no estatal disponible: ONGs, instituciones religiosas y formas de voluntariado que se encargan del cuidado, especialmente el infantil, ante la escasa infraestructura pública. Existen en América latina algunos programas dedicados a personas de edad

avanzada que contemplan la atención en centros o asistencia domiciliaria. Sin embargo, la cobertura de los servicios es en general muy limitada y aún se asemejan a planes piloto no demasiado consolidados. En varios países el Estado provee asistencia económica de distintos montos para financiar servicios de cuidado y de rehabilitación de personas con discapacidad, aunque los servicios domésticos son gastos privados realizados para un servicio también netamente privado (Zibecchi, 2013; CEPAL, 2013). Estas falencias se relacionan con débiles políticas públicas de cuidado y con programas fragmentados de escasa cobertura y bajo financiamiento.

h) El cuidado y quien lo ejerce (para sí o para otros), remite a un problema de ejercicio de derechos o de disminución de desigualdades como condición de una política pública. La forma de respetar la igualdad es el ejercicio de derechos integrales atribuibles a mujeres o niños sólo cuando se lo incorpora como derecho propio y universal (tanto para quienes deben ser cuidados como para quienes deben o quieren cuidar); es la forma de lograr avances en el reconocimiento de la calidad de vida ciudadana (Pautassi, 2007 y 2013). La perspectiva de derechos en esta materia implica una crítica al asistencialismo en relación con la capacidad de agencia de las mujeres, así como la autonomía de las personas que son sujetos de cuidados y los cuidadores. El cuidado como marco de las políticas permite potenciar y articular la agenda de los derechos sociales, especialmente en lo relativo al acceso universal a determinados servicios con ciertos estándares de calidad (CEPAL, 2013).

i) Otro abordaje del cuidado se vincula con la perspectiva de la integralidad en salud. Se trata de una práctica social y una construcción entre diferentes sujetos que pretende dar respuestas a un determinado problema de salud, tratando de articular intra e intersectorialmente mediante la ampliación de diversos espacios para la búsqueda de una mejor calidad de vida (Pinheiro, 2007). El cuidado es una interfase de la integralidad y apunta, básicamente, a un tipo

de relación que incluye el amparo y la escucha del sujeto. Es un modo de hacer en la vida cotidiana que se caracteriza por la atención, responsabilidad, celo y desvelo hacia las personas. El cuidado consiste en un modo de vida específico delineado por aspectos políticos, sociales, culturales e históricos (Pinheiro, 2009).

El concepto de *familia-red* (Martins, 2006) incorpora los aspectos simbólicos de los arreglos familiares, la dimensión política y cultural de las alianzas y los conflictos, subrayando el rol de las redes sociales, la asociación democrática y las nociones de reciprocidad, solidaridad, confianza y dádiva. Las redes sociales incluyen las experiencias asociativas de familias, vecinos y amistades que se distinguen por su carácter menos visible, complejo y regulado si se las compara con las prácticas asociativas de la esfera institucional del mercado y el Estado (Fontes y Martins, 2006). Estas interacciones solidarias se desarrollan según la lógica originalmente planteada por Marcel Mauss de la dádiva o sistema del don, que permite visibilizar una forma de organización social caracterizada por la presencia de un sistema de intercambios recíprocos, promovido por la acción de dar–recibir–retribuir determinados bienes que circulan en la vida social. La perspectiva de la dádiva o del don permite comprender las complejas razones de organización de los individuos y los grupos sociales. En el sistema del don, la obligación colectiva y la libertad individual, el interés y el desinterés, la espontaneidad y la no espontaneidad son motivaciones igualmente válidas en la organización de la acción social (Martins, 2009).

En el campo del cuidado de la salud, estudiar las redes sociales y la dádiva a la luz de estas premisas permite dar visibilidad a diversas formas de arreglos familiares que intervienen en la vida cotidiana de las familias, facilitando las experiencias de cuidado de las personas enfermas o dependientes (Lacerda, Pinheiro y Guizardi, 2006).

Otro recurso válido para analizar la organización del cuidado es el concepto de *itinerarios terapéuticos*, que trata de sondear en las búsquedas, decisiones, negociaciones y evaluaciones que las personas efectúan durante el proceso de vivir en sus contextos de relaciones sociales. Como el cuidado se desarrolla principalmente en la esfera familiar, es allí donde se toman las decisiones sobre las estrategias para tratar la enfermedad y la búsqueda de cuidado. En las trayectorias del cuidado deben tenerse en cuenta, además de la familia, las redes de relaciones sociales mediadas por ella, por el usuario y por los servicios de salud (Bellato, Santos de Araujo y Castro, 2011; Leite y Vasconcellos, 2006).

Teniendo en cuenta este marco conceptual y a través de entrevistas a mujeres que cuidan, nuestro equipo construyó tipologías según diferentes formas de organización del cuidado familiar teniendo en cuenta, por un lado, el rol que comprende a cuidadoras principales que son aquéllas sobre las que recae la mayor responsabilidad de la asistencia y las subsidiarias o secundarias, que apoyan y ayudan en las tareas a la cuidadora principal (Delicado Useros, 2003) y, por el otro, las modalidades de convivencia con el familiar dependiente: las entrevistadas que conviven con la persona cuidada, las que residen en otro hogar y las que tienen a su familiar en una institución geriátrica. Los testimonios ponen en evidencia las múltiples tareas de cuidado que realizan las mujeres, aun cuando no convivan con el familiar y cuenten con el apoyo de personal especializado. Para la mayoría de las entrevistadas, las instituciones de salud que se ocupan de los adultos mayores deberían facilitar la trama burocrática y el acceso a los cuidados domiciliarios y formar a los profesionales de la salud para poder ponerse en el lugar del otro, reconocerlos como semejantes aun con sus diferencias, ser pacientes y saber ignorar el mal carácter de los adultos mayores (Findling, Ponce, Lehner y Venturiello, 2012).

h) Una última línea de investigaciones se centra en analizar, por una parte, los itinerarios laborales de mujeres que trabajan cuidando a personas y cómo encaran sus propios cuidados de la salud y, por la otra, la capacitación de los cuidadores domiciliarios y la regulación de las trabajadoras. Algunos estudios muestran la poca visibilidad social que caracteriza el desempeño del trabajo de la cuidadora remunerada de ancianos y la dificultad para definir el rol del trabajador/a que ejerce asistencia domiciliaria, ya que esta actividad conlleva una multiplicidad de tareas: debe contar con aptitudes de comunicación y de empatía con los adultos mayores pero requiere acentuar la firmeza de carácter que se necesita para ejercer un cierto dominio sobre la persona dependiente. Aquellos cuidadores que a partir de su tarea han decidido buscar una mayor profesionalización cuentan con más recursos que los que no se capacitaron para encarar su propio cuidado, tanto físico como mental (Borgeaud Garcíandia, 2013; Findling, Champalbert, Lehner y Cirino, 2013).

Si bien algunos organismos públicos han encarado la realización de cursos de formación de cuidadores, habría que plantearse que la profesionalización exige un conjunto de conocimientos técnicos y generales de aquellas que asisten a personas, con las cuales se tejen relaciones particulares, lo cual supone una intrusión en la intimidad de personas frágiles o enfermas. Y aunque la sanción de la ley 26844 implica un avance para las trabajadoras remuneradas, esta normativa es insuficiente para modificar la discriminación del empleo doméstico. Hay pocas razones para vislumbrar que esta nueva Ley que contiene una normativa más exigente pueda mejorar el nivel de registro y el cumplimiento de los derechos de las trabajadoras (Gherardi y Durán, 2013)

A modo de cierre

El creciente y rápido proceso de envejecimiento demográfico constituye un desafío que el Estado debería enfrentar para superar las desigualdades existentes con la implementación de programas para las personas más grandes que fortalezcan los sistemas de previsión social y salud y medidas específicas que les faciliten una mejor calidad de vida.

Sería importante que el servicio de cuidado en la Argentina ocupe un lugar más significativo en la agenda pública ya que actualmente aún es un tema privado, doméstico y familiar, lo que impide el reconocimiento de los derechos tanto de las personas mayores con problemas de salud como de las que las cuidan. El desafío consiste en implementar una política pública de cuidados integral para la protección de los derechos de los adultos mayores, de sus familiares y de los cuidadores remunerados.

No sólo se deberían diseñar estrategias específicas para enfrentar las consecuencias del envejecimiento de la población, sino también tener en cuenta antiguas demandas y nuevas necesidades para que las familias, y sobre todo las mujeres, no deban responder de forma individual a estas exigencias, a menudo a expensas de modificar su inserción en el mercado de trabajo.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, R. (s/f). *Familias como proveedoras de servicios de cuidados. Documento preparado para los debates on line*. Montevideo: Universidad de la República. Disponible en línea en: <http://goo.gl/5Fpn5L>. Fecha de acceso: 10/8/2010
- Arcidiácono, P. y Zibecchi, C. (2013). ¿Nuevas miradas a viejos problemas? El protagonismo del enfoque de derechos y el enfoque de género en las discusiones sobre

- pobreza y los programas sociales. *Voces en el Fénix* N° 23. Disponible en línea en: <http://goo.gl/USU3gN>. Fecha de acceso: 8/8/13
- Arriagada, I. (2004). Transformaciones sociales y demográficas de las familias latinoamericanas. *Papeles de Población*, 10 (40), 71-95.
- Bazo, M.T. y Ancizu, I. (2004). El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada. *Revista Española de Investigaciones Sociales*, 105, 43-78.
- Bellato, R., Santos de Araujo, L. y Castro, P. (2011). O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. En R. Pinheiro y A. Gomes Da Silva Junior, A. (Orgs.), *Atenção Básica e Integralidade. Contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde* (pp. 167-185). Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2013). En la intimidad del cuidado de adultos mayores dependientes: la experiencia de cuidadoras “cama adentro” en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En L. Pautassi, L. y C. Zibecchi, C. (Coords.) *Las Fronteras del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y Biblos.
- Bourdieu, P. (1997). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Camejo, M. (2012). La organización social de los cuidados: una revisión bibliográfica. En A. Dominguez Mon, A.M. Mendes Diz, P. K. N. Schwarz, M. J. Rosas, P. Estrella, M. Camejo y P. Caruso, *Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles* (pp.85-94). Documentos de Trabajo N° 60. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani. Disponible en línea en: <http://goo.gl/bRWgDt>. Fecha de acceso: 10/8/12
- Casado Pérez, D. (2004). Apuntes sobre discapacidad y vejez. En A. Dell’Ano, M. Corbacho y M. Serrat (Coords.), *Alternativas de la diversidad*. Buenos Aires: Espacio.

- CEPAL/CELADE (2011). *Observatorio demográfico: envejecimiento poblacional* N°12. Santiago de Chile: CEPAL-CELADE. Disponible en línea en: <http://goo.gl/Lo4h4b> Fecha de acceso: 2/9/2013
- CEPAL (2013) *Panorama Social de América Latina 2012- Documento Informativo 893*. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en línea en: <http://goo.gl/qfp5ZL> Fecha de acceso: 15/8/2013.
- Costa, G. (2012). Las políticas de cuidados a largo plazo en Italia: un caso de inercia institucional y de dinamismo privado. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3 (12), 6-14.
- Delicado Useros, M. V. (2003). *Familia y cuidados de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia* (Tesis de doctorado). Departamento de Psicología de la Salud, Universidad de Alicante. Disponible en línea en: <http://goo.gl/P3WHNE> Fecha de acceso: 10/8/2013.
- Delicado Useros, M. V. (2006). Características sociodemográficas y motivación de las cuidadoras de personas dependientes ¿Perfiles en transición? *Praxis Sociológica*, 10, 200-234.
- Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles (2009). *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Durán Heras, M. A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia: Alfons el Magnanim.
- Esquivel, V. (2012). El cuidado infantil en las familias. Un análisis en base a la Encuesta de Uso del Tiempo de la Ciudad de Buenos Aires. En V. Esquivel, E. Faur y E. Jelin (Eds.), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 73-106). Buenos Aires: IDES.
- Faur, L. (2012). El cuidado infantil desde las perspectivas de las mujeres-madres. Un estudio en dos barrios populares del Área Metropolitana de Buenos Aires. En V. Esquivel,

- E. Faur y E. Jelin (Eds.), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 107-163). Buenos Aires: IDES.
- Findling, L., Ponce, M., Lehner, M. P. y Venturiello, M. P. (2012). Las redes del cuidado: lógicas e itinerarios de las mujeres que cuidan a familiares en la Ciudad de Buenos Aires. En R. Pinheiro, R. Silveira, J. Lofego y A. Gomes da Silva Junior (Orgs.), *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ- ABRASCO.
- Findling, L., Champalbert, L., Lehner, M. P. y Cirino, E. (agosto, 2013). Cuidadores, salud y familias: las trayectorias del cuidado y su incidencia en la salud. *III Jornadas de Trabajo Social en el campo gerontológico. Aportes a la construcción de intervenciones críticas con Adultos Mayores*. Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata, Universidad Nacional de Entre Ríos y Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Flaquer, L. (2002). Introducción. En L. Flaquer (Ed.), *Políticas Familiares en la Unión Europea*. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- Fontes, B. y Martins, P. H. (2006). Introdução. En B. Fontes y P. H. Martins (Orgs.), *Redes, Práticas Associativas e Gestão Pública*. Recife: Editora Universitária UFPE.
- Gastrón, L. y Lacasa, D. (2009). La percepción de cambios en la vida de hombres y mujeres, según la edad. *Población y Sociedad*, 16, 3-28. Disponible en línea en: <http://goo.gl/8qLlzf>. Fecha de acceso: 15/9/2013.
- Gherardi, N. y Durán, J. (2013). La discriminación en casa: la regulación del servicio doméstico en la Argentina. En L. Pautassi, L. y C. Zibecchi, C. (Coords.), *Las Fronteras del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y Biblos.

- Gomila, M. A. (2011). Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia. *Historia contemporánea*, 31, 505-542. Disponible en línea en: <http://goo.gl/DVoVVU>. Fecha de acceso: 15/8/2013
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). Marco teórico conceptual sobre redes de apoyo social de las personas mayores. En *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Seminarios y Conferencias* 30. Santiago de Chile: CELADE, División de Población, Cooperazione Italiana y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- INDEC (1970). *Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- INDEC (1980). *Censo Nacional de Población y Viviendas*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- INDEC (1991). *Censo Nacional de Población y Viviendas*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- INDEC (2001). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- INDEC (2004). *Estimaciones y proyecciones de población. Total del país. 1950-2015. Serie Análisis Demográfico N°30*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- INDEC (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- Jelin, E. (2012). La familia en Argentina: Trayectorias históricas y realidades contemporáneas. En V. Esquivel, E. Faur y E. Jelin, E. (Eds.), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 45-71). Buenos Aires: IDES.

- Julve Negro, M. (2006). Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. *Acciones e Investigaciones Sociales*. 22. Disponible en línea en: <http://goo.gl/pae3pr>. Fecha de acceso: 8/9/2011
- Krmpotic, C. (2011). La concepción de sujeto en la trama de la política social. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinaria em Ciências Humanas*, 12 (101), 31-47.
- Lacerda, A., Pinheiro, R. y Guizardi, F. L. (2006). Espaços públicos e Saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. En P. H. Martins y R. Bivar C. Campos (Orgs.), *Polifonia do Dom*. Recife: Editora Universitária UFPE.
- Laslett, P. (1989). *A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Laslett, P. (1995). Necessary Knowledge: Age and Aging in the Societies of the Past. En D. Kertzer y P. Laslett, *Aging in the Past Demography, Society and Old Age*. Berkeley, Los Angeles y Londres: University of California Press.
- Leite, S.N. y Vasconcellos, M. P. C. (2006). Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *Historia, Ciências, Saúde*, 13 (1): 113-128.
- López, E., Findling, L., Abramzón, M., Lehner, M. P., Ponce, M. y Venturiello, M. P. (2009). Redes sociales y salud de los adultos mayores. En E. López y L. Findling (Eds.), *Salud, familias y vínculos: el mundo de los adultos mayores*. Buenos Aires: EUDEBA.
- López, E. , Findling, L., Lehner, M. P., Ponce, M., Venturiello, M. P. y Champalbert, L. (2012). Querer y deberes: ¿cómo cuidan las mujeres su salud y la de su familia? En A. L. Kornblit, A.C. Camarotti y G. Wald (Comps.), *Salud, sociedad y derechos: investigaciones y debates interdisciplinarios* (pp.137-155). Buenos Aires: Teseo.
- Martín Palomo, M. T. (2009). El care, un debate abierto: de las políticas del tiempo al social care. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 4:325-355.

- Martins, P. H. (2006). Ação pública, redes e arranjos familiares. En B. Fontes y P. H. Martins (Orgs.), *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife: Editora Universitária da UFPE.
- Martins, P. H. (2009). Redes sociales: un nuevo paradigma en el horizonte sociológico. *Cinta de Moebio*, 35: 88-109.
- Meillasoux, C. (1977). *Mujeres, graneros y capitales*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Oddone, M. J. y Lynch, G. (2008). Las memorias de los hechos socio-históricos en el curso de la vida. *Revista Argentina de Sociología*, 10, 121-142.
- Pantelides, E. A. y Moreno, M. (Coords.). (2009). *Situación de la población en Argentina*. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Pautassi, L. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Serie Mujer y Desarrollo N° 87. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pautassi, L. (2013). Perspectivas actuales en torno al enfoque de derechos y cuidado: la autonomía en tensión. En L. Pautassi, L. y C. Zibecchi, C. (Coords.), *Las Fronteras del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y Biblos.
- Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2010). *La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias*. Serie Políticas Sociales 159. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pérez Orozco, A. (2009). *Miradas globales a la organización social de los cuidados en tiempos de crisis. ¿Qué retos políticos debemos afrontar?* Documento de Trabajo N° 6. Serie Género, Migración y Desarrollo. Santo Domingo: Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer.

- Pinheiro, R. (2007). Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re) pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. En R. Pinheiro, R. y R. A. Mattos (Orgs.), *Razoes públicas de integralidade; o cuidado como valor* (PP.15-28). Rio de Janeiro: CEPESC.
- Pinheiro, R. (2009). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz-Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio.
- Provoste, P. (octubre, 2003). Los cuidados domésticos e institucionales de salud y enfermedad provistos por las mujeres. En *Congreso Internacional Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*, SARE, Bilbao: Emakunde. Disponible en: línea en <http://goo.gl/Souy9K> Fecha de acceso: 10/8/2013.
- Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K. y Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5, (1), 1-21. Disponible en línea en: <http://goo.gl/VCLSqh> Fecha de acceso: 7/9/2011.
- Razavi, S. (2007). The political and social economy of care in the development context. Conceptual issues, research questions and policy options. *Gender and Development Programme*. Paper N° 1, Ginebra: UNRISD. Disponible en línea en: <http://goo.gl/IVSoob>. Fecha de acceso: 8/9/2011.
- Rodríguez Enríquez, C. y Méndez, F. (agosto, 2013). Trabajadoras del cuidado: el caso de las trabajadoras de casas particulares: ¿Una forma peculiar de informalidad? 11º *Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*. Buenos Aires.
- Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social. (2001). *Informe sobre la Tercera Edad en la Argentina Año 2000*. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente.
- Torns Martin, T. (2005). De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 23, 15-33.

- United Nations (1956). *The Aging of Populations and its Economic and Social Implications*. Nueva York: Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. (1988). *Economic and Social Implications of Population Aging*. Nueva York: Department of International Economic and Social Affairs.
- Verdugo, M. A. (2007). *La concepción de la discapacidad en los modelos sociales*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Disponible en línea en: <http://goo.gl/9HdLMC>. Fecha de acceso: 6/7/2011.
- Zibecchi, C. (2013). Organizaciones comunitarias y cuidado en la primera infancia: un análisis en torno a las trayectorias, prácticas y saberes de las cuidadoras. *Trab. soc*, 20. Disponible en línea en: <http://goo.gl/9ugtb7> Fecha de acceso: 6/8/2013.
- Zúñiga Macías, E. (2004). Un acercamiento a las características socioeconómicas de los adultos mayores con discapacidad en el Distrito Federal (México). En A. Dell'Ano, M. Corbacho y M. Serrat (Coords.), *Alternativas de la diversidad social: las personas con discapacidad* (pp. 43-57). Buenos Aires: Espacio.

Anexo

Cuadro 1. Total del país. Indicadores demográficos del envejecimiento en los censos nacionales de los siglos XX y XXI

Año	Porcentaje de población de 65 y +			Esperanza de vida al nacer (en años)	Tasa global de fecundidad
	Total	Varones	Mujeres		
1914	2,3	2,1	2,5	48,5	5,3
1947	3,6	3,1	4,1	61,1	3,2
1960	5,6	5,4	5,9	66,4	3,1

1970	7,0	6,4	7,6	65,6	3,1
1980	8,2	7,2	9,2	68,9	3,3
1991	8,9	7,6	10,1	71,9	2,9
2001	9,9	8,3	11,5	73,8	2,4
2010	10,2	8,6	11,8	75,2	2,2

Fuente: INDEC (2004). Serie Análisis Demográfico N° 30.

Cuadro 2. Porcentaje de población de 65 años y más por provincia, total y según sexo. Año 2010

Provincia	Porcentaje de población de 65 años y más		
	Total	Mujeres	Varones
CABA	16,4	19,3	13,0
Santa Fe	11,8	13,8	9,6
Córdoba	11,2	12,9	9,3
La Pampa	11,2	12,6	9,8
Buenos Aires	10,7	12,4	8,9
Entre Ríos	10,3	12,0	8,5
Mendoza	10,3	11,6	8,8
San Luis	8,7	9,8	7,6
San Juan	8,7	9,8	7,5
Río Negro	8,5	9,3	7,7
Tucumán	8,0	9,1	6,9
Corrientes	7,9	8,8	6,9
Catamarca	7,9	9,0	6,8

Sgo. del Estero	7,7	8,5	6,8
Chubut	7,4	8,3	6,5
Jujuy	7,2	7,8	6,6
La Rioja	7,2	8,0	6,3
Formosa	7,0	7,4	6,6
Chaco	7,0	7,8	6,1
Salta	7,0	7,6	6,4
Neuquén	6,6	7,2	5,9
Misiones	6,3	6,7	5,8
Santa Cruz	5,3	5,9	4,7
Tierra del Fuego	3,8	4,3	3,4
* Incluye Antártida e Islas del Atlántico Sur			

Fuente: INDEC (2004). Serie Análisis Demográfico N° 30.

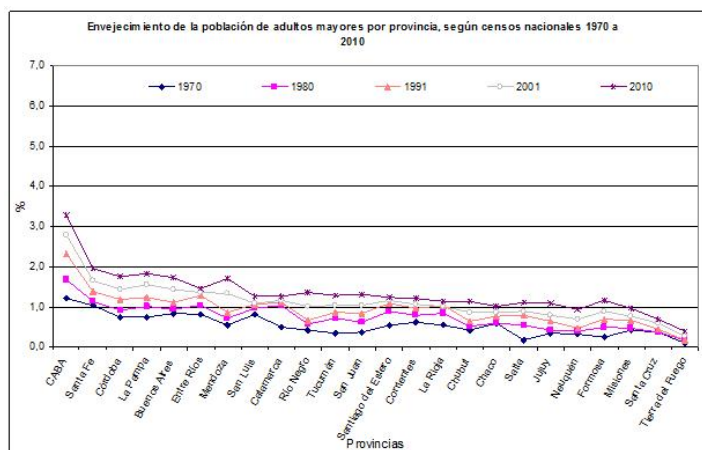
Cuadro 3. Total del país y jurisdicciones seleccionadas. Distribución relativa de la población de 65 años y más según sexo y grupos quinquenales de edad. Año 2010

Edades quinquenales	CABA		GBA		Total país	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
65-69	30,9	24,9	35,8	29,5	35,2	29,0
70-74	23,9	21,2	26,3	24,0	26,2	23,8
75-79	19,9	19,5	19,2	20,0	19,2	19,8
80-84	14,7	17,5	11,7	14,9	12,0	15,0
85-89	7,8	11,0	5,3	8,1	5,5	8,5

90-94	2,3	4,4	1,4	2,8	1,6	3,1
95-99	0,5	1,2	0,2	0,7	0,3	0,8
100 y más	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	172.611	301.460	397.479	591.229	1.674.142	2.430.506

Fuente: INDEC (2004). Serie Análisis Demográfico N° 30.

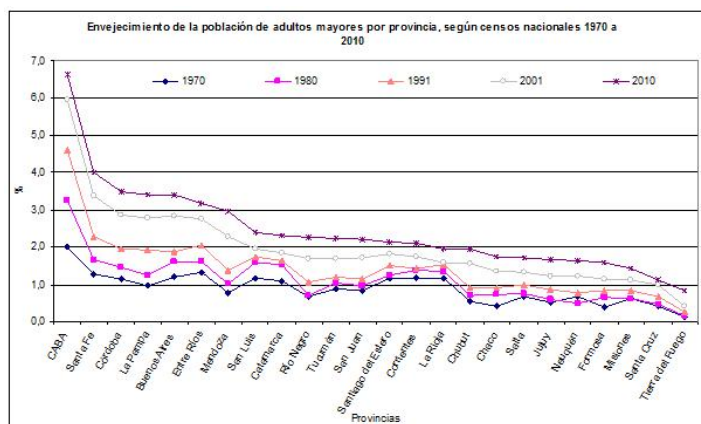
Gráfico 1. Envejecimiento³ de la población de adultos mayores por provincia. Varones. Censos nacionales 1970 a 2010



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Censo Nacional de Población y Viviendas 1980 y 1991. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

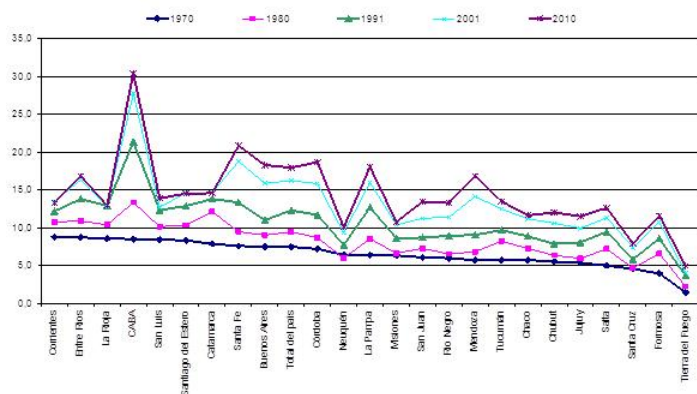
³ Porcentaje de población de 80 años y más sobre el total de la población.

Gráfico 2. Envejecimiento de la población de adultos mayores por provincia. Mujeres. Censos nacionales 1970 a 2010



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Censo Nacional de Población y Viviendas 1980 y 1991. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

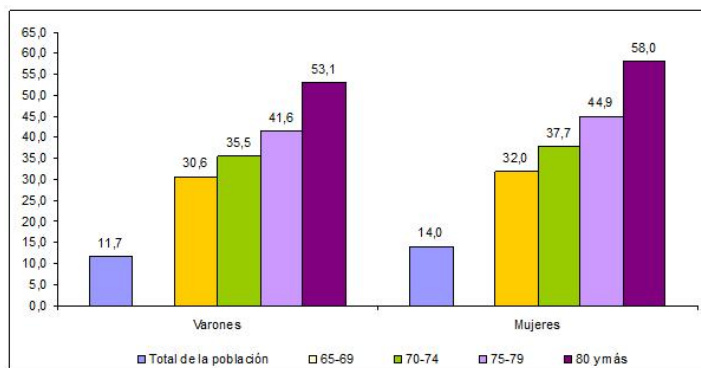
Gráfico 3. Total del país. Índice de dependencia potencial⁴ de padres por provincia, según censos nacionales 1970 a 2010



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Censo Nacional de Población y Viviendas 1980 y 1991. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

⁴ El índice de dependencia potencial de padres indica la cantidad de personas de 80 años y más (adultos mayores) por cada 100 personas de 50 a 64 años (potenciales hijos de las personas en edades extremas).

Gráfico 4. Total del país. Población total y población de adultos mayores por prevalencia de dificultad o limitación permanente⁵, según sexo y grupo de edad. Año 2010



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Cuadro 4. Población de 65 años y más según características seleccionadas por regiones geográficas

Autopercepción de salud, movilidad, autovalencia	GBA %	Pampeana %	NOA %	NEA %	Cuyo %	Patagónica %
Considera que su estado de salud es excelente/ bueno	15,3	18,8	11,5	12,9	11,8	14,2

⁵ La dificultad o limitación permanente incluye a las personas que cuentan con certificado de discapacidad y aquellas que no lo poseen pero declaran tener alguna/s dificultad/es o limitación/es permanente/s para ver, oír, moverse, entender o aprender.

No tiene problemas para	caminar	67,6	67,0	61,1	65,9	64,2	69,6
	lavarse/ vestirse solo	94,1	91,5	89,0	90,7	89,6	92,7
	realizar actividades cotidianas	81,0	78,9	75,1	77,7	77,4	81,7
No sintió dolor/ malestar (día encuesta)		45,6	48,5	39,7	46,8	40,2	49,1
No experimentó ansiedad o depresión (día encuesta)		73,3	77,3	69,5	72,9	66,3	80,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENFR 2009

Cuadro 5. Población de 65 años y más según características sociodemográficas seleccionadas por variables de salud. GBA, 2009

		Tiene problemas de movilidad	Tiene dificultades para lavarse o vestirse solo	Tiene problemas para realizar actividades cotidianas
		%	%	%
Sexo				
	Varón	31,1	3,3	14,4
	Mujer	33,2	7,8	22,3
Grupos de edad				

	65-74	24,1	4,4	16,5
	75-84	41,5	5,8	21,6
	85+	60,3	19,5	28,9
Tipo de hogar				
	Unipersonal	36,1	10,0	21,4
	Conyugal completo de pareja sola	28,0	4,1	15,2
	Conyugal completo con hijos y/o otras personas	34,0	3,9	21,4
	Conyugal incompleto con o sin otras personas	26,7	4,7	12,9
	Multipersonal no conyugal	44,2	11,7	30,3
Total		32,4	5,9	19,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENFR 2009

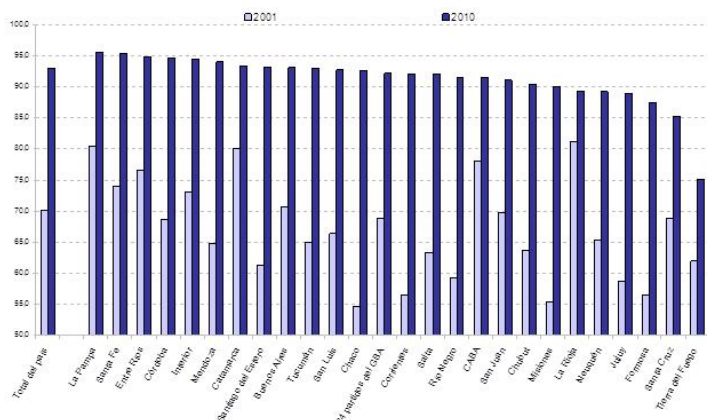
Cuadro 6. Población de 65 años y más según características sociodemográficas seleccionadas por variables de salud. GBA, 2009

	Consulta al médico en los últimos 30 días	Malestar o problema de salud en los últimos 30 días	En hogares donde hay al menos una persona discapacitada
--	---	---	---

		%	%	%
Sexo				
	Varón	54,7	21,9	42,3
	Mujer	65,8	39,9	48,2
Grupos de edad				
	65-74	57,1	35,4	41,3
	75-84	68,9	22,0	50,4
	85+	59,0	29,0	61,6
Tipo de hogar				
	Unipersonal	64,2	24,5	42,5
	Conyugal completo de pareja sola	65,3	22,8	43,1
	Conyugal completo con hijos y/o otras personas	56,3	37,3	45,5
	Conyugal incompleto con o sin otras personas	46,4	47,4	47,6
	Multipersonal no conyugal	74,7	9,7	63,7
Total		61,2	31,3	45,8

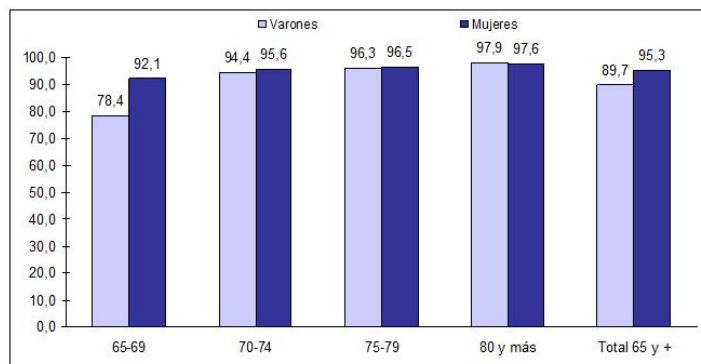
Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENFR 2009

Gráfico 5. Total del país. Población de 65 años y más por percepción de jubilación o pensión, según provincia. Años 2001-2010



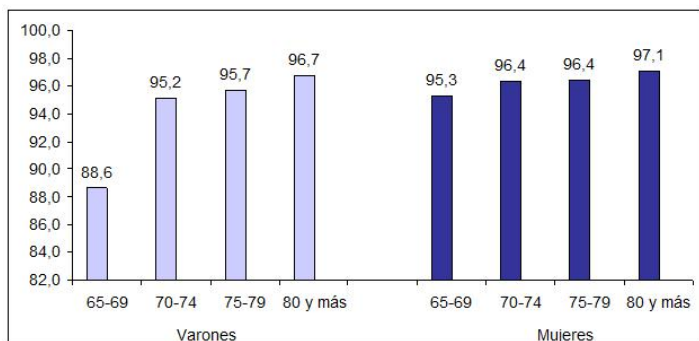
Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Gráfico 6. Total del país. Población de 65 años y más por percepción de jubilación o pensión, según sexo y grupo de edad. Año 2010



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Gráfico 7. Total del país. Población de 65 años y más por tenencia de cobertura de salud, según sexo y grupo de edad. Año 2010



Cobertura de salud incluye obra social, prepaga y/o programas o planes estatales de salud.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Cuadro 7. Población de 65 años y más en hogares particulares, por tipo de hogar en el que vive, según provincia. Años 2001 y 2010

Jurisdicción	Tipo de hogar							
	Familiar				No familiar			
	Nuclear		Extendido o compuesto		Unipersonal		Multipersonal	
	2001	2010	2001	2010	2001	2010	2001	2010
Total del país	44,5	45,6	34,9	31,9	19,7	21,6	0,9	0,9
CABA	46,5	47,4	25,6	21,8	26,7	29,3	1,3	1,4
Buenos Aires	47,0	47,3	33,0	30,5	19,3	21,3	0,7	0,8

Catamarca	32,5	35,2	52,8	48,1	13,8	15,8	0,8	0,9
Chaco	37,2	39,4	45,2	41,2	16,8	18,5	0,8	0,8
Chubut	43,3	44,1	34,4	32,0	20,9	22,8	1,4	1,1
Córdoba	45,6	47,4	33,8	29,5	19,6	22,2	0,9	0,9
Corrientes	36,1	38,8	47,8	43,6	14,9	16,4	1,1	1,1
Entre Ríos	44,0	46,9	35,1	29,7	19,9	22,5	1,0	0,9
Formosa	34,1	33,8	48,7	48,0	16,0	16,8	1,2	1,3
Jujuy	32,5	35,3	52,1	49,0	14,7	15,0	0,6	0,7
La Pampa	47,4	50,2	27,4	22,2	24,3	26,7	0,9	0,8
La Rioja	33,9	36,7	52,1	46,7	13,1	15,8	0,9	0,8
Mendoza	45,3	47,4	38,7	34,4	15,2	17,3	0,9	0,8
Misiones	41,3	42,3	39,9	36,3	18,0	20,4	0,9	1,0
Neuquén	41,0	44,5	40,4	33,6	17,5	20,9	1,1	0,9
Río Negro	43,6	45,8	35,2	31,1	20,1	22,2	1,0	0,9
Salta	31,1	33,1	54,5	51,7	13,4	14,4	0,9	0,9
San Juan	41,8	43,7	44,7	40,8	12,9	14,7	0,6	0,8

San Luis	41,3	43,5	39,3	36,1	18,0	19,4	1,3	1,0
Santa Cruz	40,8	42,5	36,5	34,0	20,3	21,9	2,4	1,7
Santa Fe	46,6	47,9	31,1	27,2	21,5	24,1	0,7	0,8
Santiago del Estero	31,9	33,7	54,6	50,6	12,6	14,8	0,8	0,9
Tierra del Fuego	36,5	39,8	44,0	37,8	17,5	20,4	2,0	1,9
Tucumán	35,6	36,8	51,7	48,8	12,1	13,7	0,6	0,7

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Comentario a la ponencia de Elsa López, Liliana Findling, María Paula Lehner y Silvia Mario

PILAR ARCIDIÁCONO

El trabajo de Elsa López, Liliana Findling, María Paula Lehner y Silvia Mario ("Aspectos sociales del envejecimiento demográfico y los cuidados") se encarga de desarrollar temas vinculados con la problemática del envejecimiento poblacional y los desafíos que éste plantea en torno a la provisión de cuidado. Además de un cuidadoso y detallado repaso por los datos que dan cuenta de esta problemática en la Argentina actual, las autoras colocan especial énfasis en los sesgos de género y las diferencias territoriales y de clase social que atraviesan esta problemática. Asimismo abordan la problemática del cuidado desde muy diferentes aristas, tocando temas relacionados con la salud, el acceso al sistema previsional, las redes de cuidado informales y formales o los distintos tipos de arreglos residenciales. Este tipo de abordaje multidimensional sobre los temas de cuidado alimenta un debate informado sobre la cuestión.

Los comentarios que realizaré al trabajo de las autoras tienen como objetivo contribuir al debate sobre algunos puntos que ellas mismas abordan en el trabajo. Concretamente se trata de plantear énfasis y matices sobre el punto 3 (temas previsionales) y el punto 6 (organización del cuidado). Se pretende aportar en clave de las acciones y omisiones por parte del Estado (y sus consecuencias sobre

las otras esferas del bienestar) y sobre las futuras discusiones que se plantean ante el surgimiento de “nuevos riesgos sociales” fundamentalmente tomando brechas¹ de género y contributivas/no contributivas, con especial atención a la discusión sobre los “derechos” como transversal a toda esta discusión. Algunas de las preguntas que articulan estos comentarios son las siguientes: ¿Cuáles han sido las respuestas estatales en materia de cuidado? ¿Han estado más o menos próximas a soluciones pensadas en clave de derechos? ¿Qué implica pensar el cuidado como un derecho? ¿Cuáles son las consecuencias de las acciones y omisiones estatales para reproducir o no las brechas de género y contributiva/no contributiva? Desde esta mirada, se sostiene que la esfera estatal tiene el lugar central en la organización de las desigualdades sociales y su contribución es fundamental en el conflicto distributivo y en la reproducción simbólica de las jerarquías sociales. En este sentido, las políticas sociales son obviamente diseñadas por la esfera estatal que no impide que su formación y contenidos puedan verse y de hecho se vean notoriamente condicionados por la estructura y dinámica de las restantes esferas (Adelantado, Noguera, Rambla y Sáez, 1998: 134).

1) La brecha de género: Acciones y omisiones del Estado ante la “crisis de cuidado”

Cuando CEPAL hace referencia a la *crisis de cuidado* (CEPAL, 2009; Rico, 2011) se refiere al aumento del número de personas que por su condición necesitan del cuidado de otros

¹ El concepto de *brecha de bienestar* refiere a la relación entre una situación paramétrica construida en base al examen informado y saturado del conocimiento acumulado en el campo y el examen del tipo de arreglo institucional identificado como responsable de situaciones de neutralidad o de desmejoramiento en términos de provisión de bienestar en diferentes ámbitos o sectores (Gamallo, 2013).

(niños, enfermos, personas mayores o con alguna discapacidad), a la disminución de la proporción de personas (mujeres) que están en condiciones de proveer en las familias el cuidado y también por la reivindicación de las mujeres de no ser las únicas y omnipresentes cuidadoras en la sociedad, confinadas al ámbito de la casa y a los roles tradicionales asociados a la maternidad y la feminidad. En paralelo, a pesar de los enormes cambios en las dinámicas familiares y la creciente participación laboral de las mujeres, persiste la muy baja participación masculina en las tareas domésticas y de cuidado. Las mujeres, por su parte, soportan una sobrecarga de trabajo y demandas en la medida en que continúa su rol tradicional y naturalizado de cuidadoras, a lo que se suma el nuevo papel que ya desempeñan en la vida pública y laboral (jornada doble y triple laboral) (Martínez Franzoni, 2008).

El trabajo de cuidado puede ser voluntario en el contexto del amor, lo que involucra afectividad, deseos de protección, cooperación mutua y sentimientos de conexión y de interrelación positiva entre la persona que cuida y el receptor. Pero en otras ocasiones, y así lo muestra la literatura de los estudios de género, ese cuidado se produce dentro de los hogares de manera indeseada, involuntaria, coercitiva y responde a presiones psicológicas, culturales, sociales e incluso se utiliza la violencia física o sexual como dispositivo para que uno de los miembros del hogar —generalmente las mujeres— se haga cargo de éste.²

² Si bien en todos los países del mundo las mujeres dedican más tiempo que los hombres a las tareas de cuidado de otras personas, la brecha es ostensiblemente más elevada en los países de la región que en países desarrollados: casi se cuadruplica con relación a Suecia y se duplica respecto de España e Italia. En México, por ejemplo, el promedio de horas semanales que las mujeres dedicaban en 2002 al cuidado de los niños y al apoyo a los miembros del hogar llegaba a 13 horas y el promedio por parte de los hombres a 7 (CEPAL, 2009). Sin ir más lejos, en la Encuesta de Uso del Tiempo realizada en Ciudad de Buenos Aires en 2005 surge que quienes cuidan a otras perso-

La información para los países de la región suele mostrar que dicha carga aumenta cuando las mujeres están unidas consensuada o legalmente, respecto de cuando son solteras, y que se mantiene alta cuando se produce una separación o divorcio. Ambas dinámicas no se presentan de igual forma en el caso de los varones³.

Los datos muestran que las mujeres terminan prestando ayuda más de una vez en su ciclo vital: comienzan con los hijos (o los hermanos), siguen con los padres y, por último, con el cónyuge enfermo. Estas tres etapas corresponden, por lo general, a tres momentos demográficos de las mujeres: la juventud, la adultez y la madurez. Aunque la evidencia muestra que la carga de cuidado y el trabajo no remunerado no desaparece con la edad, uno de los momentos vitales más críticos para la conciliación entre el trabajo productivo y reproductivo es cuando hay niños pequeños. Como se planteó desde la *economía del cuidado* (Rodríguez Enríquez, 2013), esto implica un freno para la mercantilización de la fuerza de trabajo de las mujeres, requisito para pensar una posterior *desfamiliarización*.⁴

nas lo hacen muy intensamente, sobre todo las mujeres, que dedican a esta actividad más de 3 horas diarias (3:07), un 40% más que el tiempo que le dedican los varones que cuidan a otras personas (1:52) (Esquivel, 2009).

- 3 En líneas generales, cuando se produce el quiebre de la unión si bien disminuye la carga para las mujeres, puesto que ya no deben cuidar al hombre, sigue siendo alta debido a que suelen permanecer con los hijos e hijas y muchas veces también con los adultos mayores. Como movimiento complementario con el descenso del tiempo dedicado al trabajo doméstico cuando las mujeres no están unidas, los varones aumentan su carga cuando están separados o divorciados, así como cuando son viudos; esto induce a pensar que en realidad lo que aumenta es el tiempo dedicado al autocuidado. Asimismo, si bien las mujeres cuando son solteras dedican a diario menos horas al trabajo doméstico no remunerado, lo hacen siempre en una proporción mayor que los hombres solteros, lo que indica efectos de la socialización de género, la constitución de roles y la división sexual del trabajo en edades tempranas del ciclo vital (Rico, 2011).
- 4 Para Martínez Franzoni (2008:85) un alto grado de desfamiliarización implicaría entre otras cosas: el mejor acceso a trabajo remunerado de hombres y mujeres, la creación de condiciones para asumir el cuidado fuera de las familias, la reorganización de roles al interior de la familia, la autonomía entre la disponibilidad del trabajo femenino no remunerado basado en la

Paralelamente en este contexto de discusión ha surgido con más fuerza en los últimos años referencias conceptuales en torno al *derecho al cuidado* (de niños, niñas, adolescentes, enfermos, adultos mayores) y a cuidar (se), aunque éste no ha sido aún incluido en los Tratados y Pactos internacionales de Derechos Humanos (Pautassi, 2007). Cabe detenerse un momento y recordar que algo parecido sucede con el mundo de los adultos mayores que carece de una Convención específica y de legislación nacional.⁵

Estas problemáticas solo son “rastreables” en función de lo normado en otros derechos sociales incluidos en Tratados y Pactos Internacionales (Grosman, 2013).

Sin embargo, el hecho de que una cuestión social (en este caso el cuidado) sea definido en clave de derechos dice muchas cosas *per se*. Si bien es cierto que esto se enmarca dentro de un cambio más macro donde viejas demandas son planteadas bajo el formato de derechos o viejas políticas son denominadas con vocabulario de derechos sin necesarios cambios sustantivos (Arcidiácono y Gamallo, 2012), cabe detenerse en el punto de partida (más que un punto de llegada) que implica esta novedad. Trascendiendo los efectos performativos, representa política y discursivamente un intento por plantear la temática del cuidado deslindada de la condición de los asalariados formales actuales o pasados. De ahí que el énfasis queda puesto en el reconocimiento explícito del cuidado como derecho universal, indisponible y no sujeto a concesiones para grupos especiales, sino que se garantice para todos los habitantes. Este reconocimiento interpela al Estado en la provisión de los satisfactores y a la sociedad en clave de los límites sobre lo que es “deseable

división sexual del trabajo (regulaciones relacionadas con licencia por maternidad, cónyuges sin trabajo remunerado, servicio doméstico, presencia de guarderías).

- 5 En el mes de agosto (2013), el panel de expertos reunidos en la sede de la ONU en Nueva York para analizar las brechas en la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas de edad propuso asignar un relator para ese colectivo, aspecto que implica un avance en esta cuestión.

proteger". Desde esta perspectiva, las respuestas públicas para la atención de esta demanda deberían concebirse como una extensión lógica del papel del Estado en la provisión de bienes públicos, lo que supone la existencia de ciertas obligaciones positivas (infraestructura, servicios, mayor presupuesto, desarrollo de capacidades estatales). También implica un conjunto de obligaciones negativas, características de los derechos económicos, sociales y culturales, como no entorpecer los servicios de guarderías infantiles y no impedir el acceso de un adulto mayor al sistema de salud. La definición entre la esfera de responsabilidad de cada individuo y la responsabilidad colectiva, entre lo que es una mercancía y entre lo que corresponde proteger como un derecho (y consecuentemente discutir su financiamiento), estructura las nociones vigentes respecto de la justicia social, es uno de los ejes principales de la disputa política y social y encarna el nivel de autonomía que los individuos y grupos sociales logran establecer respecto de la dependencia del mercado (niveles de desmercantilización) y la familia (desfamiliarización).

¿Frente a este panorama qué han venido haciendo las políticas sociales encargadas de la provisión del bienestar?

Intervenciones que piensan al cuidado asociado al trabajo asalariado

En los países de la región y particularmente pensando en el caso argentino, se generó una estructura donde se concentran las licencias para cuidado infantil, los subsidios por maternidad e incluso la disponibilidad de guarderías asociadas al trabajo de las mujeres (Pautassi y Rico, 2011). Si bien es indudable que tal patrón responde a una pauta cultural de la sociedad latinoamericana, el hecho de que el Estado la refuerce por medio de la legislación y las políticas y asigne a las mujeres una doble función en el mismo acto en el cual regula las relaciones entre trabajadores(as) y empleadores(as) es por demás significativo. Adicionalmente, en casi

todos los países analizados, el contexto da cuenta de crecientes dificultades socioeconómicas y de alta informalidad de las unidades de producción y precarización de las condiciones contractuales, lo que hace suponer que son muy pocas las trabajadoras que efectivamente cuentan con estos “beneficios” de cuidado (concretamente el infantil). Para el resto, queda en manos de las propias mujeres y, en el mejor de los casos, de sus familias, la posibilidad de contratar servicios de cuidado infantil en el mercado o de asegurarlos mediante sus redes de apoyo. Así, la búsqueda de fórmulas que permitan a las mujeres modelar conjuntamente su desarrollo laboral y familiar es, en términos generales, una estrategia de índole privada.

Los sesgos de género continúan con la falta de regulaciones para asumir el cuidado de adultos mayores⁶, personas enfermas o con discapacidad, que están ausentes de las legislaciones laborales en América latina y que se agrava a la luz de la creciente demanda de cuidado producto del envejecimiento poblacional (Cfr. Índice de dependencia potencial de padres en ponencia de las autoras).

Intervenciones dirigidas a mujeres que se encuentran por fuera del mercado formal

Como es sabido, la principal respuesta por parte de los gobiernos de la región en materia de políticas públicas destinadas a familias en situación de pobreza o con débil inserción en el mercado laboral han sido una serie de Programas

⁶ Como señalan las autoras de la ponencia: “El índice de dependencia potencial de padres, que mide el cociente entre las personas de 80 años o más y las personas de 50 a 64 años, es un indicador de la demanda de apoyo del primer grupo (los potenciales padres) sobre el segundo grupo (los potenciales hijos) y es interesante observar que su tendencia ha ido en aumento en las últimas cuatro décadas, por lo cual la demanda de apoyo creció desde un índice de 7,5 en 1970 a 18 en 2010 a nivel nacional. Dada la típica feminización del envejecimiento, esta creciente demanda de apoyo por parte de progenitores afecta en mayor número y en forma progresiva a las mujeres” (p. 3).

de Transferencias Condicionados de Ingresos (PTCI), como en el caso argentino —aún salvando las particularidades de los mismos—, el Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados y el Plan Familias por la Inclusión Social (Arcidiácono y Zibecchi, 2013). Más allá de los matices de diferencias que presentaron los PTCI en cada país, suelen caracterizarse por otorgar transferencias a hogares pobres y por establecer condicionalidades vinculadas con el control de la asistencia escolar y de salud de los niños/as y adolescentes integrantes de los hogares. En general, entre sus objetivos se proponen aumentar el número de niños que asisten a la escuela y/o mejorar las condiciones de salud con la intención de reducir la pobreza y el trabajo infantil y, fundamentalmente, evitar que las familias caigan en condiciones de pobreza aún más extremas, colocando a las mujeres como las principales responsables del cumplimiento de las condicionalidades (Arcidiácono, 2012).

Si bien es cierto que estos programas han tenido efecto en reducir niveles de pobreza y, en especial, de indigencia en varios países de la región, no debe perderse de vista el hecho de que esto se ha producido en base al trabajo no remunerado y no reconocido socialmente que efectúan las mujeres de estas familias. Estamos hablando del trabajo de cuidado de los hijos, el trabajo comunitario —que muchas veces los mismos PTCI presentan como condicionalidades y/o contraprestaciones laborales— y el trabajo administrativo que la burocracia asistencial impone a las mujeres de bajos recursos —cumplimiento de las condicionalidades, cobro del subsidio, etc.—. Los PTCI frecuentemente reforzaron estos estereotipos femeninos al punto tal de catalogar a las mujeres pobres con responsabilidades familiares como “vulnerables” y/o “in-empleables”, paradigma que da cuenta de cómo se refuerza la histórica distinción entre áreas específicas —con nula interrelación entre ellas— que separa a un sector de la población “asistencial, vulnerable y con altas responsabilidades familiares” y otro que se caracteri-

za por ser “productivo y empleable” (Arcidiácono, Pautassi y Zibecchi, 2010). Lo que queda claro es que la principal respuesta en materia de transferencia de ingresos y cuidado por parte de los gobiernos de la región han sido políticas públicas de corte compensatorio y asistencialista.

Ciertamente, un aspecto positivo que ha dejado la experiencia acumulada en materia de PTCTI —ante sus inciertos resultados— reside, precisamente, en el debate que se ha abierto en la región, pues, entra en cuestión —y en duda— si la estrategia a futuro reside en continuar agregando componentes a los PTCTI o replantear todo su diseño original. De hecho, algunos países de América latina —por caso, Argentina y Uruguay— han implementado otro tipo de medidas que presentan puntos de ruptura interesantes con los PTCTI.

En el caso argentino, se implementó la Asignación Universal por Hijo para la Inclusión Social (AUH). Más allá de los importantes cambios que presenta la AUH, inscripta en el sistema de seguridad social, con relación a los PTCTI que la precedieron —vinculados a una mayor cobertura, una profusa normativa que lo reglamenta, mayores montos en la transferencia, apertura permanente de la política, entre otras cuestiones—, las concepciones en torno al cuidado y al lugar de la mujer son por lo menos controvertidas y tienen más puntos de continuidad que de ruptura con los PTCTI⁷. Ciertamente, habrá que esperar un lapso de tiempo considerable para poder indagar qué cambios ocasionó en la organización familiar del cuidado en la primera infancia (Arcidiácono, Carmona Barrenechea, Paura y Straschnoy, 2012).

⁷ Cabe recordar el reciente Decreto presidencial (614/13), en el que se establece la titularidad para las madres para el caso de las familias de trabajadores formales, donde anteriormente quien percibía el ingreso por las asignaciones en el caso de doble percepción de ingresos era una decisión de las familias o directamente se asignaban al varón (art. 7).

A priori, podría decirse que el potencial desfamiliarizador de la asignación ha sido poco considerado, continuando con la asignación prioritariamente a las “madres” —y no a las mujeres adultas con niños y niñas a cargo—, y sin desarrollar acciones intersectoriales que permitan el acceso a mecanismos, infraestructura y políticas de conciliación trabajo-familia. Sobre todo, cabe destacar que en lo que ha sido la principal política de transferencias a los hogares, no se provee infraestructura amplia para otros sujetos de cuidado, como las personas discapacitadas, enfermos y adultos mayores.

Concretamente, una proporción importante de mujeres continúan ingresando al sistema de seguridad social por ser madres de un titular de la AUH, sin que se avance en dotar a esta mujer de derechos propios —y no derivados de una relación familiar o laboral— para el acceso a las prestaciones, ya sea que se encuentre desarrollando trabajo informal, sea una trabajadora del servicio doméstico o desarrolle tareas de cuidado al interior del hogar. Las edades reproductivas de este grupo de mujeres es precoz, por lo que la mayoría de edad de los hijos se produce aceleradamente, lo cual proyectando a futuro la evolución de la AUH, se planteará para la acción estatal cuáles son las estrategias a seguir cuando queden otra vez sin ingresos y con un débil vínculo con el mercado formal en plena edad activa y posteriormente cuando estén en condiciones de percibir un ingreso por jubilaciones o pensiones. Sin ir más lejos, esto es lo que en el 2005 motivó en el caso argentino la creación de la moratoria previsional, abarcando a sectores que se integran débilmente al mercado de trabajo, lo que es también una forma de reconocer que dado el rol de cuidadoras muchas

mujeres no han accedido a los sistemas de protección social pensados en clave de prestaciones contributivas o con un limitado acceso⁸.

En apretada síntesis, como se verá en el punto siguiente, la respuesta del Estado en políticas sociales para el sector de adultos mayores estuvo principalmente orientada a transferir recursos a través del sistema de pensiones y jubilaciones (contributivo y no contributivo). La Seguridad Social ha sido la forma que el Estado articula la protección en esquemas bienestaristas más de tipo corporativos donde el trabajo es la vía de acceso a derechos sociales y en sociedades de mercado donde el mayor riesgo es el de no tener dinero.

Más allá de su omisión en materia de políticas para trabajadores asalariados o destinadas a mujeres en situación de pobreza, el cuidado de adultos⁹ se organiza por fuera de la salud, con una estrategia marginal, asociado a la asistencia pública, bajo test de comprobación de medios (como el Programa de Cuidadores Domiciliarios en la órbita del MDS o incluso los subsidios que actualmente otorga el PAMI para sus afiliados en materia de cuidado) o residencias, centros

⁸ Como sostienen Pautassi, Giacometti y Gherardi (2011), los resultados de esta moratoria previsional constituyen un ejemplo contundente de cómo las brechas en el mercado laboral se reproducen en el sistema previsional: el 87% de las personas que se presentaron a la moratoria previsional fueron mujeres, con una edad promedio de 72 años y las tres cuartas partes de ellas no contaba con ningún beneficio jubilatorio previo. Por tales razones, comúnmente se denomina a esta moratoria “jubilación para amas de casa”.

⁹ En el caso de las personas adultas mayores debería garantizarse su acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, además de prevenir o retrasar la aparición de enfermedades. También es preciso que dispongan de servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado. Otros aspectos que tendrían que considerarse son el acceso a los medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación, estímulo social y mental en un entorno seguro, en los que se los respete (Grosman, 2013).

de días, en muchos casos articulados con las OSC para quienes carezcan de recursos para comprar en el cuidado este servicio (Pautassi y Zibecchi, 2010).

En relación con el cuidado de la salud, el hospital público no provee servicios de cuidado o acompañamiento para personas internadas, lo que se prevé será suministrado por familiares o personas allegadas al paciente. Si bien no será abordado en esta oportunidad, hay que hacer una mención aparte para la cuestión federal, que aquí cobra especial centralidad. Muchas provincias son enteramente dependientes de las transferencias del nivel central (en nueve provincias el 80% o más de los ingresos fiscales se componen de transferencias nacionales), a la vez que la responsabilidad por la prestación de los servicios sociales se encuentra descentralizada desde principios de la década de los noventa, sumando a la dependencia de los recursos nacionales las obligaciones con la población residente.

Con respecto a las organizaciones de la sociedad civil, éstas suelen realizar una provisión de servicios de gestión asociada, donde el Estado provee el financiamiento y las organizaciones sociales la gestión práctica de los servicios. Como señalaba Bustelo Graffigna (2000), no se puede soslayar que las transferencias desde el Estado se concentran principalmente —aunque no exclusivamente— en servicios sociales destinados a sectores de bajos ingresos donde resultaba casi imposible recuperar los costos, mientras que en los sectores medios y altos predominó la idea de traslado al sector privado.

El acceso a esta oferta de cuidados en el mercado está mediado por su elevado costo y resulta accesible sólo a una porción limitada de la población a través de la estructura por ejemplo de la contratación del servicio doméstico¹⁰

¹⁰ El Estado se enfrenta cada vez más a la problemática de *long term care*, es decir, a la atención de larga duración que designa la provisión de servicios de atención de diversa índole que se brinda por período extensos, a personas

Y en este punto no puede dejar de señalarse la particular vulnerabilidad jurídica que reviste al trabajo doméstico, que da cuenta del modo en que opera la doble discriminación: de clase y género y de los mecanismos institucionales que permiten su reproducción incluso más allá de los últimos avances normativos en el caso argentino (Gherardi y Durán, 2013). La paradoja de esta situación radica en que tal vez para muchas mujeres de clase media, el hecho de contar con servicio doméstico de relativo bajo costo es lo que les permite su propia inserción en el mercado de trabajo remunerado. De esta forma se profundiza tanto la brecha social como la brecha de género dentro de los trabajadores de los sectores populares. Mayor atención merece este punto en el caso de adultos mayores cuando las familias (incluso empobreciéndose) tercerizan estos cuidados en trabajadoras del servicio doméstico, muchas de ellas extranjeras, con esquemas de escasa protección si se las compara incluso con el propio sector de trabajadoras de servicio doméstico y con las cargas de precariedad, inestabilidad y tipo de dedicación que estos trabajos acarrearán. Por otra parte, estas mujeres no siempre cuentan con las capacidades específicas que este tipo de necesidades requieren (Borgueaud-Garciandía, 2013).

Ciertamente la elección de esta perspectiva para pensar la cuestión del cuidado y el envejecimiento poblacional desdibuja otra forma de pensar la cuestión. Se trata de los aportes que los adultos mayores a menudo hacen a los grupos familiares en clave del aporte que representan sus ingresos en los hogares multigeneracionales, la posibilidad de ofrecer una vivienda para sus hijos, la readecuación de los arreglos familiares y su contribución al cuidado de los

que no requieren hospitalización pero sí cuidados que no son cubiertos por el sistema de salud. Para un desarrollo histórico de la problemática y las formas en que otros países han abordado la cuestión, cfr. Glennerster (2003).

niños, representando una tendencia contraria en la dirección de la solidaridad intergeneracional, de adultos mayores a jóvenes (Sunkel, 2007).

2) La respuesta previsional: La brecha “contributiva-no contributiva”

Un signo de la intervención estatal a nivel nacional durante la primera década del corriente siglo fue la convivencia entre un conjunto de políticas “trabajocéntricas” orientadas a fortalecer las posiciones de los trabajadores formales (fomento de la registración del empleo, aumento de las asignaciones familiares y del salario mínimo, relanzamiento de las convenciones colectivas de trabajo), a la par de una serie de intervenciones orientadas a las poblaciones excluidas del empleo formal “mientras tanto” esos sectores se van alistando como asalariados formales (Arcidiácono, 2012). La evidencia empírica disponible no admite la presunción de que dicho tránsito se vaya a realizar con éxito. Aún más: debe considerarse la existencia de ese importante nivel de población laboralmente subutilizada como una característica del entramado de la enorme heterogeneidad estructural de la sociedad argentina (Salvia, Comas, Gutiérrez Ageitos, Quartulli y Stefani, 2008). La estructura segmentada del mercado de trabajo limitó los efectos positivos del crecimiento de los últimos años (Lavopa, 2008). En consecuencia, la persistencia de elevados niveles de informalidad y precarización laboral afectaron la capacidad de cobertura de las instituciones contributivas en el campo de la protección a la salud (las obras sociales) y en las transferencias a las familias (sistema de asignaciones familiares). Es importante recordar que durante la etapa de conformación del Estado de Bienestar argentino, pese a las significativas distorsiones sectoriales y desigualdades territoriales, el funcionamiento del mercado de trabajo formal con bajos niveles de desem-

pleo y subempleo, en los hechos, asemejaron ese régimen de bienestar, entre las décadas de los cuarenta y los setenta, a un sistema con cobertura de aparente universalidad, pese a que diferentes investigaciones señalan las limitaciones de esa estrategia para ofrecer una cobertura de esas características (Isuani, 1992; Lo Vuolo y Barbeito, 1998).

A la luz de esta situación, surgieron dos líneas principales de intervenciones de los últimos años, como la ampliación de la cobertura previsional y la extensión de las transferencias familiares a las familias con hijos menores a cargo a través de la AUH mencionadas en el punto anterior¹¹. Cabe detenerse en el tema previsional donde existieron transformaciones que fueron desde los aumentos de haberes por decreto (que mejoraron la capacidad adquisitiva de los mismos), la moratoria y jubilación anticipada (“Plan de Inclusión Previsional” del año 2005), a la ley de Libre Opción (2007) y la Ley Movilidad (2008), alcanzando su punto culminante en noviembre de 2008 con la eliminación del sistema de capitalización y de las AFJP, la reestatización de los fondos previsionales y la unificación del sistema en un único régimen de reparto, en el SIPA (Sistema Integral Previsional Argentino) (CIFRA, 2009; Danani y Hintze, 2011; Pautassi *et al.*, 2008). Concretamente, entre junio de 2005 y diciembre de 2008 las jubilaciones anticipadas sumaron 45.895 nuevos beneficios. Por su parte, en el mismo lapso las prestaciones por moratoria incorporaron al régimen contributivo a 1.915.730 nuevos jubilados y pensionados (Calvi y Cimillo, 2010).

Lo que aquí quiere destacarse es que en ambos casos (reformas previsionales y AUH) se sostuvo el tradicional principio organizador del bienestar a partir de la relación

¹¹ Danani y Hintze (2011) denominan *contrarreforma* en el triple sentido de que una serie de políticas van en la dirección contraria a la que tuvieron las de la década anterior; de que se han eliminado elementos centrales de la reforma de 1994 y de que todas las políticas emprendidas asumen explícitamente la confrontación con las de dicho período como rasgo de identidad y fundamento de legitimidad.

salarial y no una transformación con un principio rector más próximo al universalismo. Sin ir más lejos, tomando el caso de la moratoria, los beneficiarios que no contaban con los años mínimos de aportes exigidos por la ley se convirtieron en deudores del sistema. A esto se suma el aumento sostenido¹² desde 2003 de las pensiones no contributivas y particularmente la pensión por vejez, cuya cobertura no es despreciable, ascendiendo en noviembre de 2012 a 891.581 destinatarios (Subsecretaría de Políticas de Seguridad Social— MTEySS), lo cual pone de manifiesto las indisimulables restricciones del sistema contributivo en el mediano y largo plazo.

La sociedad argentina experimentó transformaciones profundas en su estructura (aspecto que se manifiesta en la estructura de recursos del ANSES que todavía cuenta con un porcentaje significativo de recursos tributarios¹³), pero no se alteró mayormente la estructura del Gasto Público Social (Isuani, 2009). Sin dejar de reconocer los oportunos beneficios para sus receptores, la fortaleza simbólica e institucional del sistema clásico del gasto de la seguridad social organizado a partir de la relación salarial formal es notable. Es decir, al tiempo que se llevan a cabo medidas que exponen implícita o explícitamente los límites de la lógica del trabajo formal para garantizar protección social, las modificaciones llevadas a cabo suponen mecanismos provisorios o permanentes que no alteran sustancialmente los principios

12 Cabe realizar una mención y recordar que en general las pensiones no contributivas, bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, son una forma de acceso a través del test de medios para personas que no cuenten con otra forma de sostén personal y familiar. Incluso durante el año 2002 hasta el 2009 cuando aún no había surgido la AUH y los restantes PTCl permanecían cerrados, las pensiones no contributivas (incluidas madres de más de 7 hijos y por discapacidad) se convirtieron en la boca de entrada para el acceso a las políticas de transferencias no contributivas.

13 Este proceso determinó que las contribuciones a la seguridad social representen el 67,1% de los ingresos de la seguridad social en la actualidad, aunque ciertamente esta situación mejoró en los últimos años, en tanto que representaban el 59% en el 2003.

del sistema, (Arcidiácono, Gamallo y Straschnoy, 2013). De alguna manera, en mayor o menor medida se continúan considerando estas situaciones como temporarias, sin establecer mecanismos de ingreso permanentemente abiertos, accesibles a la población sin mayores intermediaciones, aspectos cruciales a la hora de pensar la política en clave de derechos. El punto a debatir en la actualidad es la adopción de nuevas medidas que por un lado permitan incorporar a quienes no pudieron hacerlo todavía y mantener los altos niveles de cobertura, pero también diseñar medidas de largo plazo e integrales de modo de corregir definitivamente los problemas de exclusión del sistema.¹⁴

Referencias bibliográficas

- Abramovich, V. y Pautassi, L. (2009). El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales. En V. Abramovich y L. Pautassi (Comps.), *La revisión judicial de las políticas sociales. Estudio de casos*. Buenos Aires: Del Puerto.
- Adelantado, J., Noguera, J.A, Rambla X., y Sáez L. (1998). Las relaciones entre estructura y políticas sociales: una propuesta teórica. *Revista Mexicana de Sociología*, 3, 123-156.

¹⁴ Es importante recordar la importancia del litigio en materia previsional. En general el litigio individual ha caracterizado la demanda por las prestaciones, especialmente vinculadas con la movilidad y los mecanismos de reajuste de los haberes previsionales y garantías de un nivel de vida adecuado, con lo que se ha ampliado tanto el campo del reclamo como de las demandas en torno al efectivo acceso y calidad de la cobertura en materia de contingencias vinculadas a la seguridad social. Asimismo en el campo del litigio estructural, el Poder Judicial abrió discusiones en varios temas vinculados con la cuestión previsional. Por ejemplo entabló, --en el tema de la movilidad de los haberes previsionales-- un diálogo con los otros poderes del Estado a efectos de que determinaran el acceso y alcance de los derechos en juego, controlando y haciendo respetar el principio de división de poderes. Cabe decir que todo intento de generalización en referencia a los procesos de justiciaabilidad de los derechos sociales está condenado al fracaso (Abramovich y Pautassi, 2009).

- Arcidiácono, P. (2012). *La política del 'mientras tanto'. Programas sociales después de la crisis 2001-2002*. Buenos Aires: Biblos.
- Arcidiácono, P., Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2010). La experiencia comparada en materia de "clasificación" de desempleados y destinatarios de programas de transferencias de ingresos condicionadas. *Revista Trabajo y Sociedad*, 14 (13), 1-15.
- Arcidiácono, P. y Gamallo, G. (2012). Políticas sociales y derechos. Acerca de la reproducción de las marginaciones sociales. En L. Pautassi y G. Gamallo (Comps.), *Derechos Sociales y Marginaciones Sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Arcidiácono, P., Carmona Barrenechea, V., Paura, V. y Straschnoy, M. (2012). La Asignación Universal por Hijo: ¿Una vía de transformación en la política social argentina? En L. Pautassi y G. Gamallo (Coords.), *¿Más derechos menos marginaciones? Políticas sociales y bienestar en argentina 2003-2009*. Buenos Aires: Biblos.
- Arcidiácono, P. y Zibecchi, C. (2013). *¿Nuevas miradas a viejos problemas? El protagonismo del enfoque de derechos y el enfoque de género en las discusiones sobre pobreza y los programas sociales*. Buenos Aires: Voces en el Fénix.
- Arcidiácono, P., Gamallo, G. y Straschnoy, M. (2013). ¿Consolidación de un sistema de protección social no contributivo en Argentina? El Plan Nacer, la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo. En L. Clérico, L. Ronconi y M. Aldao (Coords.), *Tratado de Derecho a la Salud*. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2013). En la intimidad del cuidado de adultos mayores dependientes: la experiencia de cuidadoras "cama adentro" en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En L. Pautassi y C. Zibecchi (Coords.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: ELA -BIBLOS.

- Bustelo Graffigna, E. (2000). El abrazo. Reflexiones sobre las relaciones entre el Estado y los Organismos No Gubernamentales. En *De otra manera. Ensayos sobre Política Social y Equidad*. Rosario: Homo Sapiens.
- Calvi, G. y Cimillo E. (2010). Del SIPJ al SIPA. Cambios recientes en el sistema previsional argentino. *Taripawi. Revista de Estudios sobre Sociedad y Justicia*, 1 (1), 72-99.
- CEPAL (2009). Género, trabajo remunerado y no remunerado: eslabones en la discriminación y la desigualdad y Políticas Públicas y crisis de cuidado en América Latina: alternativas e iniciativas. *Panorama Social en América Latina 2009*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CIFRA (2009). *Boletín de Trabajo Número 2. La evolución del sistema previsional argentino*. Buenos Aires: CIFRA.
- Danani, C. y Hintze, S. (Coords.) (2011). *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Esquivel, Valeria (2009). *Uso del tiempo en la Ciudad de Buenos Aires*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Gamallo, G. (2013). *Brechas de Bienestar en Argentina. Nota de concepto*. Mimeo.
- Gherardi, N. y Durán, J (2013). La discriminación en casa: regulación del servicio doméstico en la Argentina. En L. Pautassi y C. Zibecchi (Coords.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: ELA-Biblos.
- Glennerster, H. (2003). ¿Qué Estados de Bienestar tienen mayores probabilidades de sobrevivir? En VVAA, *Presente y futuro del Estado de Bienestar: el debate europeo*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores/ SIEMPRO / MDSyMA.
- Grosman, C. (2013). El derecho de los adultos mayores a ser cuidados: perspectiva sociojurídica. En L. Pautassi y C. Zibecchi (Coords.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: ELA -Biblos.

- Isuani, A. (1992). Política Social y Dinámica Política en América Latina. ¿Nuevas respuestas para viejos problemas? *Desarrollo Económico*, 32 (125), 107-118.
- Isuani, A. (2009). The Argentine Welfare State: enduring and resisting change. *International Journal of Social Welfare*, 19 (1), 104-114.
- Lavopa, A. (2008). Crecimiento económico y desarrollo en el marco de estructuras productivas heterogéneas. El caso argentino durante el período 1991-2006. En J. Lindenboim (Comp.), *Trabajo, ingresos y políticas en Argentina. Contribuciones para pensar el siglo XXI*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Lo Vuolo, R. y Barbeito, A. (1998). *La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador*. Buenos Aires/Madrid: CIEPP/ Miño y Dávila.
- Martínez Franzoni, J. (2008). *Domesticar la incertidumbre. Mercado Laboral, Política Social y Familias*. Costa Rica: Editorial Universidad.
- Pautassi, L. (2007). El cuidado como cuestión social: una aproximación desde el enfoque de derechos. *Serie Mujer y Desarrollo N° 87*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pautassi, L. et al. (2008). Tensiones en un marco de crecimiento económico. La política social pendiente. En VVAA, *Informe 2008 Derechos Humanos en Argentina del CELS*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2010). La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias. *Serie Políticas Sociales*, N° 159. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pautassi, L., Giacometti, C. y Gherardi, N. (2011). *Sistema previsional en Argentina y equidad de género. Situación actual (2003-2010) y circunstancias futuras*. Buenos Aires: ELA.

- Pautassi, L. y Rico, N. (2011). Licencias para el cuidado infantil. Derecho de hijos, padres y madres. *Desafíos, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de Objetivos de desarrollo del Milenio N° 12*. Santiago de Chile: CEPAL-UNICEF.
- Rico, N. (2011). Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora. En N. Rico y C. Maldonado Valera (Eds.), *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. Serie Seminarios y Conferencias N° 61*, Santiago de Chile: CEPAL.
- Rodríguez Enríquez, C. (2013). Organización social del cuidado y políticas de conciliación: una perspectiva económica. En L. Pautassi, L. y C. Zibecchi (Coords.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: ELA-Biblos.
- Salvia, A., Comas, G., Gutiérrez Ageitos, P., Quartulli, D. y Stefani, F. (2008). Cambios en la estructura social del trabajo bajo los regímenes de convertibilidad y post-devaluación. Una mirada desde la perspectiva de la heterogeneidad estructural. En J. Lindenboim (Comp.), *Trabajo, Ingresos y Políticas en la Argentina. Contribuciones para pensar el siglo XXI*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Sunkel, G. (2007). Regímenes de bienestar y políticas de familia en América Latina. En I. Arriagada (Ed.), *Gestión y financiamiento de políticas que afectan a las familias. Serie Seminarios y Conferencias, N° 49*. Santiago de Chile: CEPAL.

La salud de las ciencias sociales de la salud

EMILIANO GALENDE

Debo aclarar que mi dedicación es en el campo de la salud mental, sin duda no ajeno a la problemática de la salud pero también con algunas diferencias y especificaciones. Me adelanto a decir que las perspectivas epistemológicas y metodológicas en el campo actual de la salud mental configuran un complemento importante para los avances de una perspectiva crítica de la investigación en salud. Las relaciones entre la medicina y la pertenencia a esta disciplina de una especialidad de lo mental (psiquiatría), están en crisis desde que se planteara el giro hacia salud mental (Asamblea de la O.M.S., 1953). Por otra parte, dado que la psiquiatría es parte de la prehistoria de la salud mental y esta relación del sufrimiento mental con la medicina ha sido desde su inicio conflictiva y arbitraria, persiste una tensión entre las posiciones de la psiquiatría, hoy representada por la permanencia de los manicomios y también por el avance del positivismo médico por vía ahora del respaldo de la neurobiología y la industria farmacéutica, frente a los criterios de una perspectiva social y cultural de la salud mental. El desarrollo actual de una comprensión transdisciplinaria y social de la salud mental constituye, tras doscientos años de medicina mental asilar, el camino más racional hacia una ciencia social del sufrimiento mental; esa es la meta pero muchos son los obstáculos. Volveré sobre esto.

Aceptemos un breve recuerdo de esta historia. Desde Augusto Comte en adelante la medicina avanzó en base a dos principios: la objetividad del conocimiento y la explicación causal de las enfermedades como verdad universal, la conocida etiopatogenia. Si bien la medicina no dejaba de ser la práctica del arte de la curación, estos dos principios la situaban en el horizonte de la racionalidad de la ciencia y sus relaciones con la técnica, ideal nunca logrado totalmente por otra parte, ya que la práctica real de los médicos nunca perdió el carácter del arte de curar. Hay que aceptar que este positivismo de reducir la vida al cuerpo como objeto de conocimiento ha tenido éxito y eficacia al incorporar al arte del médico conocimientos científicos de otras ciencias (la biología, la física, la química, etc.) y más tardíamente tecnologías sofisticadas para el diagnóstico de las enfermedades. Este horizonte de racionalidad científica, aun cuando tomado de otras disciplinas científicas, permitió al médico hablar en tercera persona: la explicación causal de las enfermedades como verdad universal más allá de toda singularidad del enfermo. Del cuerpo al órgano, de éste a los tejidos, luego las células, hasta la biología molecular y los mecanismos biológicos, la verdad de la salud y la enfermedad se busca en estos ámbitos y se entiende que encontrando la alteración de su norma se descubre la verdad de la enfermedad y la racionalidad de su tratamiento, a la vez que puede entonces, por su universalidad, ser incluida entre las ya clasificadas o abrir una nueva casilla.

A modo de síntesis, y para hacer comprensible la situación actual de conflicto entre positivismo biomédico y perspectiva social en salud mental, vale recordar la historia de la producción de conocimiento en esta disciplina. La Psiquiatría fue y sigue siendo una anomalía de la medicina; nunca logró adecuarse a sus postulados y mucho menos a sus logros. La fundación de la psiquiatría por E. Esquirol en los años veinte del Siglo 19, buscó respaldo en los postulados de Augusto Comte, afirmando, o simplemente prejuzgando, basado en el postulado de la frenología de

Gall, que era el cerebro enfermo la causa del trastorno mental. Debemos reconocer que esta afirmación sorprendió a muchos intelectuales de su época, que ya entonces salieron a cuestionarlo: todo el romanticismo alemán (Novalis, Goethe, Schiller) y el movimiento que se llamó “los psíquicos”. No pasó mucho tiempo hasta que se estableció la polémica entre “organogénesis” y “psicogénesis”, o causas endógenas o reactivas de la enfermedad. Dentro del principio positivista de la explicación causal ésta se divide y confronta entre causas no demostrables del cuerpo y causas tampoco demostrables del psiquismo. Desde entonces el intento de un conocimiento objetivo y causal del trastorno mental se ha demostrado entre falso o puramente impregnado de prejuicios ideológicos. La única epistemología posible de la psiquiatría ha sido la historia de diversos autores con sus propuestas de nuevas nosografías. No hay teoría más allá de la nosografía. Sobre finales del Siglo XIX, Kraepelin funda, a pesar de todas las críticas recibidas, su modelo “anatomoclínico”, esto es una relación causal entre cerebro (en la grosera anatomía de entonces) y los síntomas clínicos. Su investigación consistía en la disección de cerebros de enfermos mentales fallecidos buscando esta relación de correspondencia causal. Entre nosotros Moyano se empeñó en la misma “investigación”. A pesar de lo ineficaz y hasta absurdo del intento de aplicar el modelo de conocimiento de las ciencias naturales (que estaba dando sus frutos en la medicina), al terreno de la vida psíquica, esto permitía a la psiquiatría permanecer como parte de la medicina.

Pero sobre la última parte del siglo XIX Dilthey, desde la investigación en historia y economía, había introducido la diferencia entre la explicación causal y la comprensión, abriendo la posibilidad de las llamadas ciencias sociales. Unos años después, uno de los discípulos de Husserl, K. Jaspers, toma estos conceptos de Dilthey y en su obra maestra *Psicopatología general*, divide el campo de un conocimiento del trastorno mental entre *relaciones de explicación* y *relaciones de comprensión*; entre la supuesta objetividad de demos-

trar causas sin que el investigador esté implicado como sujeto, y la comprensión empática que requiere de un sujeto de conocimiento implicado en la producción de la verdad del trastorno. S. Freud es contemporáneo de Jaspers, y de algún modo ambos participaban de un mismo medio intelectual. Requisito de la empatía para comprender el sufrimiento de un semejante, o presencia de la transferencia para levantar represiones: para ambos el sufrimiento mental sólo es posible de conocer en esa relación de alteridad, para ambos el enfermo no puede reducirse a un objeto de observación a la mirada del investigador; es otro que como semejante participa en la producción de la verdad de su sufrimiento. Ambos, Freud y Jaspers (podríamos incluir a Husserl), efectúan la crítica más profunda a la pretensión de fundar un conocimiento objetivo y causal en la existencia humana y el sufrimiento mental. Desde entonces el mapa del conocimiento sobre el trastorno mental se transforma en una lucha entre el positivismo médico, insisto, derivado de Augusto Comte, y la perspectiva fenomenológica y psicoanalítica. A lo largo del siglo XX las diferentes corrientes en psicología y psiquiatría se ubicarán en una u otra perspectiva. Así se encuentra el campo de la comprensión y tratamiento del sufrimiento mental después de la Segunda Guerra mundial, al llegar la propuesta, sin duda política, de reestructurarlo hacia los criterios de salud mental.

¿Por qué este recuerdo acerca de la relación entre la psiquiatría y la medicina, entre positivismo médico como disciplina reconocida socialmente y conceptos y prácticas de salud mental que no son contenidos por la medicina? Nuestro problema, la dificultad, es con la perspectiva de la medicina en su orientación actual y la hegemonía de sus criterios de explicación causal sobre la salud, no así con el campo de la comprensión social crítica de la salud, con el cual, como dije antes, entendemos que salud mental forma parte de una apertura hacia la investigación social y una reformulación de los criterios disciplinarios. Consideremos por ejemplo: en el campo biomédico existe legislación para

considerar incumbencias (en Argentina aún está vigente la ley 17.132, dictada durante la dictadura de Onganía) que permiten considerar y punir prácticas ilegales de la medicina (curanderismo, por ejemplo), ya que la misma disciplina establece los límites de su campo de conocimiento y las incumbencias de quienes están habilitados para las prácticas terapéuticas. Esto no es posible respecto al sufrimiento mental y al campo de salud mental: en éste lo social, cultural, religioso, es tan determinante en la producción y valoración del sufrimiento mental, la interpretación de sus significados y la orientación de los objetivos terapéuticos, que hace a estas instancias participantes necesarios de la comprensión y la motivación terapéutica para abordarlos. Salud mental no consiste en una disciplina que pueda fijar los límites de su campo: ni en la producción de conocimiento acerca del sufrimiento mental, sus significados y valoraciones, como tampoco respecto de sus prácticas terapéuticas, que se funden con prácticas espontáneas de diversos actores sociales. Sus límites son difusos, permeables, se confunden con muchas prácticas sociales con sentido de cuidado o rehabilitación de sufrimientos psíquicos, diagnosticados y atendidos con prácticas diversas, denominadas “terapias alternativas”, además de las que realizan comunidades religiosas (evangélicos, espiritistas, otras religiones), o la misma comunidad a través de amigos, familias, grupos culturales, etc. Estas prácticas, que llamamos sociales, no son posibles de pensar y entender en los términos formales de eficacia, eficiencia o calidad, sino sólo se puede reconocer su existencia real. En los últimos tiempos muchos servicios, especialmente en Europa —lo que ha sido admitido y apoyado por la OMS—, han incluido entre dichas prácticas los llamados *cuidados informales*, aquellos que prestan la familia, la comunidad o distintas ONG a personas con trastornos mentales o en procesos de rehabilitación psicosocial. Los subsidios por “carga familiar” que otorga el Estado en estos casos deben ser entendidos como un reconocimiento de que los cuidados del sufriente mental y su rehabilitación para la

vida en común, no dependen exclusivamente de los servicios formales. Hay que tener en cuenta que estas prácticas sociales y comunitarias, vinculadas a las condiciones reales de existencia del sufriente, de clase social, étnica, cultural o religiosa, no resultan antagónicas con el sistema formal de atención que prestan los servicios de salud mental, más bien resultan alternativas válidas que se complementan o se suman a la atención formal. Justamente estos recursos sociales de cuidado, que dominan en poblaciones rurales o grupos étnicos, se atenúan en las sociedades actuales, con dominio del estilo de vida de las grandes urbes, aun cuando dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados y más allá de la clase social, origen o pertenencia étnica o religiosa, la demanda de estas prácticas es evidente. Si bien resulta claro que los sectores urbanos de clase media demandan más a los servicios formales, que esto es menor en las áreas rurales o pequeñas poblaciones, y menos aún en la población de comunidades étnicas o religiosas, estas prácticas sociales con sentido terapéutico están presentes en todo el panorama social actual. El crecimiento notable de estas “terapias alternativas”, simultáneo en el caso de Argentina al incremento de la atención psicológica y psicoanalítica en las grandes ciudades, posiblemente es resultado del descrédito de las prácticas médico psiquiátricas que no favorecen la palabra y la comprensión del sufrimiento mental, al que responden con la internación asilar y la prescripción del medicamento. En el plano social es observable una creciente oposición entre el trato por la palabra versus el medicamento para el tratamiento del sufrimiento mental; esta oposición forma parte del saber popular acerca del sufrimiento mental y su tratamiento.

En el campo de salud mental la valoración de los *cuidados informales*, al favorecer la participación del grupo social de pertenencia, la familia, la comunidad, está justamente haciendo más permeable el límite entre las prácticas médico-psiquiátricas y psicológicas y las alternativas de atención que se desarrollan en la sociedad, todas basa-

das en la función terapéutica de la palabra en una relación intersubjetiva. Esto genera al menos un interrogante: la mayor parte de la investigación epidemiológica está dirigida a la prevalencia asistida de distintas formas de sufrimiento mental, su diagnóstico por los servicios formales, las modalidades de atención y las prácticas profesionales, pero poco sabemos acerca de los recursos terapéuticos de la comunidad. Los escasos estudios epidemiológicos sobre población general se orientan por los criterios diagnósticos de la psiquiatría y están dirigidos a medir la prevalencia estadística de estos trastornos clasificados. Existe poca investigación sobre los modos reales en los cuales la población transita, atenúa o cura, sus sufrimientos psíquicos. Estos estudios académicos no reflejan las modalidades socio-comunitarias en las que las personas elaboran, resuelven, atenúan o agravan sus sufrimientos mentales. El sector salud y más aún, el de salud mental, al limitar el estudio al sistema de atención formal, identificando describiendo y evaluando las formas de atención de los que acuden a los servicios, tiende a desconocer las formas en que los individuos, grupos sociales y comunidades, acuden a otros individuos (amigos, grupo de pertenencia religiosa, cultural, política) para tramitar, aliviar o curar los sufrimientos mentales en su existencia real. Y está claro que así como los servicios formales de salud mental desarrollan estrategias de atención y clasificación (diagnósticos en base a nosografías diferentes, medicación o psicoterapia), también los grupos sociales, religiosos o culturales tienen estrategias propias para reconocer e identificar formas de sufrimiento mental y brindar cuidados. De allí que se puede hablar de “terapias alternativas” (al saber académico reconocido y al sistema de salud basado en servicios de atención médica y psicológica). Es obvio que para conocer el funcionamiento de estas dinámicas terapéuticas de los grupos sociales deberían hacerse estudios en población general, que requieren de metodologías más cercanas a la de los estudios etnográficos que a los propios de la epidemiología académica. Luego volveré sobre esto.

Si estudios realizados por la OMS señalan que aproximadamente un 25 % de la población de adultos de grandes ciudades padece depresión, ¿es posible un sistema de atención que atienda a todos en base a lo que la misma OMS propone, con fármacos anti depresivos y psicoterapia? La idea de una “brecha” de la atención, entre el número de personas que padecen depresión y los que consultan, resulta una idea errónea para dar cuenta del problema. La cuestión no consiste en que los servicios extiendan sus estrategias a las comunidades, sino en reconocer el valor de las estrategias propias de los grupos sociales: iglesias evangélicas con adictos, yoga, meditación, respiración, psicodanza, relajación, etc. Debemos recordar: *los servicios formales y las disciplinas médica y psicológica no cuentan con mayor verdad científica que estas prácticas de la comunidad.*

Respecto al interrogante acerca de la vigencia y valor del concepto de *medicalización* que los organizadores de esta Jornada se han planteado, creo que su vigencia actual debería alentar investigaciones sociales sobre su incidencia en los comportamientos de la población en relación con la construcción de significados sobre el sufrimiento y la forma de atenderlo. El proceso de medicalización consiste en convertir en enfermedades toda una serie de episodios vitales de la existencia y aun de diversos comportamientos de la vida cotidiana, los cuales son explicados y tratados como enfermedades. Las versiones del Manual Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), es su expresión mayor. Las prácticas de la comunidad constituyen una resistencia a esta expropiación de la experiencia humana del sufrimiento mental que representa la medicalización de la vida y la propuesta psicofarmacológica. ¿En qué medida esta situación del campo de salud mental se refleja en la investigación actual?

El horizonte científico de la investigación en salud mental

Vale citar a I. Prigogine, quien señala en *El Redescubrimiento del Tiempo*:

La supresión de la memoria, la eliminación de los relatos, la reducción de la imaginación, ya no pueden invocar el ideal de inteligibilidad que encarna la física y pretender que ese sea el precio “racional” a pagar por la constitución de la sociedad en objeto científico.

La ciencia se hace con teoría y método; la teoría orienta la mirada sobre la realidad que luego con método se investiga. Habermas, con una perspectiva amplia, señala que la teoría es el camino del pensamiento hacia la verdad. Algo ya he señalado como la historia de un problema para el conocimiento en salud mental: la disyuntiva entre explicación causal o comprensión. Esto abre dos caminos epistemológicos y dos ámbitos científicos y metodológicos: el de las ciencias naturales o el de las ciencias sociales. A esto cabe agregar que la problemática de salud mental plantea temas complejos que atraviesan a varias disciplinas, como sucede en otros ámbitos del conocimiento científico del campo social y la cultura. Obviamente esto afecta a la metodología, no es posible conocer un tema con el método propio de una disciplina cuando se trata de un objeto complejo que requiere de un abordaje interdisciplinario. Definir una investigación por problemas y no objetos homogéneos, exige una perspectiva inter o transdisciplinaria, con la cooperación de distintos investigadores sobre un mismo tema de investigación. Si bien hay intentos de articular metodologías propias del enfoque explicativo con los propios de la comprensión, superando la disyuntiva de una ciencia para explicar y otra ciencia para comprender (la llamada investigación estratégica propuesta por John Galton y los dispositivos de matriz de datos, por ejemplo), debemos

reconocer que las dificultades persisten. Si hemos puesto en cuestión que la salud mental posea un objeto abordable con los criterios formales de la ciencia—los párrafos dedicados a las terapias alternativas apuntan a eso—, cabe preguntarnos entonces cómo se construye conocimiento en este campo, o si es posible un desarrollo epistemológico y metodológico del mismo. Insisto: la investigación en salud mental presenta cuestiones específicas, una complejidad que excede a la investigación en salud.

A modo de ejemplo: el cerebro humano, en su estructura y funcionamiento, es universal, por lo tanto la neurobiología estudia y produce nuevos datos de sus funciones que tienen valor de verdad científica, es decir que se consideran universales. Hace tiempo sabemos que el genoma humano es también universal, más allá de las diferencias de raza. Se agrega que el genoma de los primates superiores es muy cercano—demasiado cercano diría—, al genoma humano. Pero los comportamientos de los sujetos, de distintas razas, como también de los primates, se caracterizan por la diferencia: el psiquismo, la subjetividad, los modos de significación y valoración, que son los que regulan los comportamientos prácticos y que están presentes en los modos del sufrimiento psíquico, son inescindibles de la lengua, la cultura, el mundo simbólico y social en que habita cada sujeto. Por cierto es de sumo cuidado no trasladar mecánicamente lo universal del cerebro, o la genética humana, al comportamiento, como tampoco trasladar el comportamiento a su sola dimensión cerebral. Está claro que no hay procesos mentales que no se sustenten en el funcionamiento cerebral, como no hay funcionamiento cerebral que no se exprese en la vida y el comportamiento del sujeto, pero esto lejos de suponer una simetría entre uno y otro nivel, nos obliga en la investigación a reconocer sus diferentes lógicas de funcionamiento. A esto se agrega otra dificultad en la investigación en salud mental: a diferencia de las ciencias biológicas o físicas, no contamos con una disciplina que haya formulado teorías que den sustento a una metodología

precisa para acceder al conocimiento verdadero; no contamos con el camino que señala Habermas. Lo que caracteriza justamente al campo de la salud mental es la existencia, múltiple y simultánea, de diferentes disciplinas o corrientes intelectuales, que definen modos distintos de comprender el sufrimiento mental o la enfermedad e implican, por lo tanto, también modos distintos de conocerlos y tratarlos.

La investigación sobre sujetos no puede así reducirse a un registro de distribuciones, a indicadores materiales de diferentes especies de sujeto, clasificados en base a interpretaciones diagnósticas. La perspectiva positivista lleva a ver las clasificaciones como recortes arbitrarios u “operativos” que hacen de base de sus posteriores registros. Los datos que se obtienen a partir de estas distribuciones permanecen en la tensión entre una hermenéutica de las relaciones de sentido en la existencia de un sujeto y una mecánica objetivada de correlaciones forzadas por el investigador. Si bien podemos aceptar una física social, al modo en que la pensó Durkheim, que requiere admitir que el conocimiento de la realidad social necesita de instrumentos lógicos de clasificación, esta posición encuentra un límite, tanto epistemológico como metodológico, cuando se trata de producir conocimiento sobre “la realidad” objetiva del sufrimiento psíquico de un sujeto. Estas cuestiones se terminan resolviendo siempre en base a la “autoridad” de la disciplina, que impone sus distribuciones y clasificaciones, ignorando el carácter performativo de las mismas, es decir, la construcción de una clase de sujetos captados y capturados de forma práctica, bajo un diagnóstico de la serie nosográfica.

Es frecuente que esta posición genere disputas entre los investigadores en salud mental, a veces mal encuadradas entre “cualitativistas” y “cuantitativistas”, que suponen la antigua oposición entre subjetivismo versus objetivismo (consecuencia del más antiguo aún dilema filosófico entre el espíritu y el cuerpo). De un lado, en la perspectiva positivista, se trata de categorías estadísticas arbitrariamente impuestas por el investigador, que de paso, introduce en la

existencia de los sujetos una discontinuidad esencial, radical, por ejemplo entre esquizofrénicos y no esquizofrénicos, ignorando el habitual solapamiento entre los diagnósticos psicopatológicos. Desde las perspectivas llamadas cualitativistas, los investigadores tratan de basar su estudio en los sujetos mismos, por fuera de su clasificación, sin negar por ello las diferencias que produce el sufrimiento mental entre los sujetos, pero atendiendo más a las cualidades psíquicas y existenciales del mismo, a su biografía, a su contexto cultural, a la materialidad concreta de su situación social. Se abren así dos perspectivas metodológicas, de las cuales una parece resultar más “objetiva” y la otra más “subjetiva”, en tanto la primera parece estudiar las enfermedades mentales con los mismos métodos que se investigan los objetos (las cosas), mientras que la otra apela a que estudiar sujetos (las personas) y sus sufrimientos requiere de otros métodos, lo cual acerca sus metodologías de estudio a los métodos propios de los estudios etnográficos, sociológicos o antropológicos. Esto último, por cierto, no se reduce a la llamada investigación clínica. En la mayor parte de los sufrimientos mentales existe una continuidad psicopatológica entre los modos considerados normales de transitar por los avatares de la existencia y los modos sintomáticos (psicosis, neurosis, depresión, violencia, trastornos de la personalidad, diversas adiciones, etc.). Es siempre un acto del objetivismo positivista llevar a cabo la contabilidad de cada grupo que construye para luego establecer su tasa de prevalencia. No se trata de datos falsos, se trata de que no pueden dejar de ser arbitrarios en el procedimiento de construcción de cada muestra seleccionada por el diagnóstico, ya que este procedimiento impide la consideración de la singularidad del sujeto, la complejidad de toda existencia humana.

El desafío consiste en que es necesario para el sistema de salud mental identificar los grupos en situación de vulnerabilidad que requieren de ser atendidos, y al mismo tiempo no desconocer el doble modo de existencia que tiene el sujeto del sufrimiento: por la existencia de la disciplina,

está clasificado por su diagnóstico, esto hace a su existencia social, lo visualiza como “enfermo”, a la vez que mantiene la singularidad de toda existencia humana, su historia, las representaciones que ha construido para establecer la verdad sobre su ser y su sufrimiento.

No comprender esta doble existencia del sujeto enfermo, hace que ignoremos que dentro de un grupo identificado existen algunos que resolverán sus sufrimientos con recursos propios, o los que pueden aportarle sus grupos sociales de pertenencia (lo cual no se explica como dije antes por la “brecha” de atención, es decir por los sujetos no atendidos por los servicios). Porque creo resulta claro que las tasas de prevalencia no se apoyan por lo general en investigaciones empíricas sobre los sujetos investigados, son en general resultado de metodologías estadísticas aplicadas a la investigación. Esta falta de una investigación empírica hace que no sepamos bajo qué circunstancias, en cuál relación con su mundo familiar, social, fue llevado ese sujeto singular a expresar su sufrimiento mental. Vale en esto recordar la expresión de M. Proust: *Nuestra personalidad social es una creación del pensamiento de los otros*

La teoría adecuada en el terreno del estudio del sujeto y sus sufrimientos es aquélla que puede integrar la verdad parcial que capta el conocimiento objetivo (percepción y medición de un sufrimiento identificado) y la verdad propia de la experiencia de un encuentro entre el sujeto del sufrimiento y el investigador. Pero esta verdad solo circula en los límites infranqueables de una historia que a lo sumo admite alguna verdad construida entre ambos, complejidad de una existencia y complejidad que debe reflejarse en el desafío del conocimiento. ¿Debemos resignarnos a que en nuestro campo no hay verdades científicas universales? Creo que debemos aceptar esto. Nuestro problema con el objetivismo en el cual se basa la mayor parte de la investigación positivista es que reduce esta complejidad de la existencia del individuo y la estructura del mundo social y simbólico en que habita y en el cual debemos situar su

sufrimiento mental. Vale recordar que ya E. Kant en su texto tardío (*Antropología*) señala que la salud es un objeto ajeno al campo del saber objetivo (la explicación causal): *la salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar*. Para Kant la salud es un concepto que no puede ser abordado desde una perspectiva poblacional, pues se refiere a individuos concretos, situados en contextos sociales específicos, que no pueden reducirse a parámetros científicos, al menos en la perspectiva de la ciencia dominada por el objetivismo positivista de su época. Esta ciencia toma de ese modo sus propias categorías de percepción para instituir la Doxa, la *protodoxa* como la llama Husserl, la percepción del sujeto o los sujetos, como dato natural. Reduce así el efecto real de la protodoxa como percepción de la naturaleza del sufrimiento mental a un solo principio de autoridad disciplinaria o prestigio profesional del investigador. La investigación y los investigadores debemos asumir los obstáculos que esta singularidad de todo sujeto opone a todo intento de construir un conocimiento racional y de valor universal sobre el sufrimiento mental, sin el cual por otra parte se dificulta orientar cuál debe ser una clínica racional y cuáles los servicios adecuados para ella.

Ya G. Canguilhem señalaba que la norma que regula los mecanismos biológicos (*Lo Normal y lo Patológico*) es interna al funcionamiento mismo de lo biológico, mientras que la norma que regula el pensamiento, la percepción y los comportamientos prácticos de los individuos es externa al sujeto, se trata de una norma social (ética o moral). De esto se desprenden las dificultades para definir en términos científicos el concepto de salud mental. Igualmente el ser viviente y su medio no pueden ser considerados normales o patológicos considerando separados sujeto y medio, *lo normal—define—, es poder vivir en un medio en que fluctuaciones y nuevos acontecimientos son posibles*. Sabemos que para Canguilhem no existe un universal de la salud como verdad del

cuerpo, de allí su propuesta de *cuerpo subjetivo*; desde este postulado podemos avanzar en que el único universal de la salud es su carácter social.

J. Samaja(*Epistemología de la Salud*) señalaba que la salud (y puedo agregar aquí la salud mental) sólo se hace accesible al conocimiento en la complejidad de la reproducción social, y ésta requiere fundar una racionalidad científica de sus enunciados sobre el proceso salud-enfermedad-atención. Está claro que esta perspectiva sitúa la investigación en salud mental en el campo de las ciencias sociales, a la vez que, dada la historia de la relación de la psiquiatría asilar con la medicina, se debe dar cuenta de esta relación. Debemos cuidar que esta perspectiva social de la salud mental no se convierta solamente en un humanismo militante, abandonando de este modo la investigación, y por ende la producción de conocimiento, al positivismo médico. Trato de señalar que, con las dificultades que observamos, el desafío del conocimiento en este campo es el de avanzar con el horizonte de la racionalidad científica, sin resignar su singularidad social. Contar con fundamentos epistemológicos y metodológicos es lo que puede garantizar que las acciones que se promueven desde la perspectiva comunitaria tengan consistencia metodológica y hagan posible una evaluación racional. Ocurre que muchas investigaciones interdisciplinarias recaen en el funcionalismo, o en la vieja idea de los “niveles de integración”. No se trata de separar estructuras diferentes (físicas, biológicas, psíquicas, sociales, culturales) para definir sus funciones y encontrar luego sus relaciones. La subjetividad humana, ya que sobre eso nos proponemos investigar, es una totalidad relacional compleja, su esencia no es inmutable sino variable, cambiante, y lo social y cultural no es una relación del sujeto con algo exterior a él, es intrínseca, constitutiva de la subjetividad misma.

Deconstrucción de la disciplina de lo mental y construcción de la perspectiva transdisciplinaria

Después de este repaso de las dificultades y diferencias con la ciencia positiva, veamos las posibilidades. La propuesta racional de abordar los problemas de salud mental desde el reconocimiento de que se trata de un objeto complejo, ha llevado a la idea de un abordaje transdisciplinario para su conocimiento. Los organizadores de la Jornada se preguntan por los logros de esta propuesta de una comprensión transdisciplinaria de la salud. Esto abre dos perspectivas: la epistemológica y metodológica (cómo investigar y producir un conocimiento racional del mismo) y la de su impacto concreto en las prácticas de atención. Me adelanto a señalar que en lo primero hemos avanzado, pero no en el mismo grado en cuanto a las políticas de salud, las prácticas de atención y los servicios. Hace unos años muchos hemos pensado que lograr este cambio cultural en la perspectiva del conocimiento y la investigación en salud y salud mental, y dada la resistencia de las carreras de grado (especialmente medicina, pero también psicología) para abordar la problemática de la salud en esta perspectiva transdisciplinaria en sus planes de estudio, los postgrados en salud, salud colectiva y salud mental podían avanzar en estos desarrollos. En los postgrados de salud mental que implementamos en la universidad, hemos trabajado desde hace veinte años incluyendo la perspectiva de Piaget y García (*Psicogénesis e Historia de la Ciencia*) sobre lo “intra”, lo “inter” y lo “trans”, bajo la idea de que el proceso de formación debía llevar desde una perspectiva disciplinaria (ya que los cursantes provienen de disciplinas diversas), hacia una transformación de su comprensión de los problemas de salud mental que definimos como transdisciplinaria. Nuestro objetivo no es sólo el de enseñar sino el de promover una transformación en la teoría y sus prácticas hacia esta perspectiva. *Como creo resulta evidente, la transdisciplina no se aprende en sentido tradicional; se trata de un proceso de transformación intelectual y cultural*

para el pensamiento de los problemas complejos. Mario Testa, que forma parte de este proyecto y elaboró una ampliación de las nociones de Piaget para estos postgrados, hizo extensivas las nociones de intradisciplina, interdisciplina y transdisciplina, que estos autores aplican a los objetos y a las operaciones, a los sujetos implicados en la comprensión del objeto y en las operaciones de conocimiento y transformación. Nuestra expectativa pedagógica es lograr un desplazamiento desde lo “intra” a lo “inter” y luego a lo transdisciplinario. El proceso consiste en una progresión no de suma de factores determinantes del proceso salud-enfermedad-atención, sino de la complejidad del objeto de conocimiento donde la articulación de estos factores agrega cualidades nuevas al objeto. Producir un sujeto con un pensamiento transdisciplinario que pueda pensar un objeto complejo requiere de una transformación cultural e intelectual, ya que la mayor parte de nosotros estamos formados en base a disciplinas particulares.

Se puede aplicar la categoría “objeto” al modelo asistencial; la de “operación” a los instrumentos de la política en salud y la gestión; y la de “sujeto” a la implicación de los profesionales en este proceso de transformación intelectual, identificando a las “disciplinas” en su confrontación con la complejidad. Esto es, partir de las formaciones disciplinarias hacia el dialogo interdisciplinario, que construye las relaciones múltiples que determinan el objeto de conocimiento y concluye con la construcción de criterios transdisciplinarios en la construcción de nuevas categorías para el conocimiento. Se trata de abarcar las variables que componen el objeto “salud mental”: el modelo de atención; las políticas y la gestión; las disciplinas que intervienen; las prácticas que se realizan y los sujetos de las mismas. Se puede identificar la organización de cada una de estas categorías para tratar los problemas centrales, pero lo esencial es establecer las relaciones entre las variables, que es lo que conforma el modelo explicativo de la salud mental. Existe siempre una tensión en la perspectiva de establecer

un conocimiento del lazo social comunitario entre el conocimiento “especializado” y el conocimiento de la complejidad que integra las variables que mencionamos. Se parte del proceso hermenéutico-interpretativo de lo individual al proceso de interpretaciones múltiples del sufrimiento mental, del cual forma parte el conjunto de variables que integran el proceso salud-enfermedad-sistema de atención. Este proceso hermenéutico interpretativo global, ampliado a varias dimensiones de análisis, no es posible desde una lógica formal de la ciencia, ni es posible abordarlo desde la propuesta de un paradigma de la ciencia. El desafío es cómo establecer un conocimiento que pueda incluir el elemento de la subjetividad en el objeto y en el sujeto del conocimiento, utilizando la comprensión e interpretación en el marco de una relación intersubjetiva (tanto en la investigación como en las prácticas terapéuticas). Recuerdo lo ya dicho: el conocimiento en el campo del sufrimiento mental no puede prescindir de la relación empática (fenomenología) o transferencial (psicoanálisis). Y esta exigencia debe estar presente también cuando la investigación se dirige a alguna de las variables en particular.

Esta perspectiva transdisciplinaria y orientada por un pensamiento complejo de los problemas de salud mental, ¿Cómo incide en la orientación de la investigación actual?

¿Qué y cómo se investiga hoy en salud mental?

En Argentina es observable un avance notorio de la perspectiva epistemológica de una comprensión transdisciplinaria de los problemas de salud mental. Muchos de los artículos y ensayos teóricos sobre diversos temas de salud mental que se publican siguen esta orientación. La prevalencia de las ciencias sociales en los estudios sobre salud mental es relevante. Ocurre algo similar con las tesis de los postgrados en salud mental, casi todos ellos calificados

con la orientación “comunitaria”, lo cual ya es indicativo de la presencia de la perspectiva social. Actualmente las investigaciones que se concretan están dirigidas predominantemente al estudio del sistema de salud mental, los servicios, la legislación, algunos temas específicos (violencia, adicciones, etc.) y a la descripción y evaluación de procesos de reforma o planes alternativos desarrollados en algunas jurisdicciones del país. Si bien el marco teórico refiere a un enfoque crítico y transdisciplinario, suele ocurrir que en el diseño de la investigación se ignore el modelo complejo de la salud mental, al que he hecho referencia antes, y se termine estudiando según las disciplinas tradicionales, señal de las dificultades de pensar desde la complejidad. Estos desarrollos de un conocimiento transdisciplinario en salud mental se están haciendo presentes en el diseño de las políticas actuales en este sector, haciendo que las propuestas de la medicina mental, históricamente comprometidas con los hospitales psiquiátricos y la cronificación de los pacientes, esté en retroceso en cuanto al debate que orienta la creación de nuevos servicios.

Debo decir que no comparto lo que sugieren los organizadores acerca de que todo este desarrollo constituya solamente “una mera declaración de buenas intenciones”. Me parece que el positivismo tradicional en salud, especialmente en el terreno de la epidemiología, está fuertemente cuestionado y se está dando lugar a numerosas investigaciones con sentido crítico. Creo que debemos valorar que estos estudios interpelan a muchos investigadores, modifican la lectura lineal de la epidemiología de base puramente estadística y están dando lugar a la búsqueda de metodologías nuevas, muchas incorporadas del campo de la sociología de la salud y la antropología médica, que abren nuevos interrogantes y amplían el campo de conocimiento de la problemática de salud y salud mental. Este proceso ya no es incipiente, se ha avanzado mucho, especialmente en los sistemas habituales de legitimación académica: investigaciones, publicaciones y planes de estudio académicos, espe-

cialmente, por ahora, en los postgrados académicos. Esto sucede especialmente en varios países de América Latina, con Brasil a la cabeza, donde se observan avances en la perspectiva social crítica y especialmente en el desarrollo de una epidemiología más orientada por los criterios transdisciplinarios (por ejemplo, los trabajos de Naomar de Almeida Filho en Bahía, de M.C. Minayo, de J. Samaja entre nosotros). *Vale tener presente que en la perspectiva histórica respecto a la salud, han sido siempre nuevas comprensiones, nuevos conocimientos y los modos de su legitimación, los que han precedido a un cambio en las prácticas de atención de las enfermedades.* Especialmente respecto al sufrimiento mental creo que no hay que desestimar cuánto contribuyen estas nuevas perspectivas a generar una conciencia nueva respecto de la enfermedad mental, tanto en los profesionales encargados de atenderla como en la misma sociedad civil.

Sin duda la hegemonía de las llamadas “ciencias médicas” muestra más resistencia a la incorporación de estas perspectivas, especialmente porque en fuerte alianza con las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento y la investigación biológica que alimenta la oferta farmacológica actual, se logran importantes resultados en el objetivo de curar o controlar enfermedades. Esto genera en los médicos, y también en la población, la ilusión de que los problemas de la salud se resuelven por medio de los recursos de curación o control (calmar dolores y malestares). Naturalmente la política actual de ampliación mercantil de la salud como un consumo más, la destacada oferta en el mercado de productos ya no sólo para atenuar dolores y sufrimientos varios sino también ofrecidos para una mejor performance —prolongar la vida, vencer al envejecimiento, llevar el cuerpo a la estética deseada, potenciar la sexualidad, etc.— constituyen en la cultura actual un frente ideológico fuerte que alimenta un saber vulgar sobre el cuerpo y la felicidad humana. Sin duda se construye un imaginario social sobre la salud como un dato más de la banalidad y el dominio de la imagen en la cultura mercantil actual, donde

los ciudadanos son consumidores y todo puede ser comprado. Como resulta obvio, esta situación está orientada y dirigida a la producción de mayores rentas económicas y se vale de mayores inversiones para obtener estas mayores rentas, por lo tanto el financiamiento está vinculado a esta perspectiva y difícilmente el mercado se interese en financiar nuevos y mejores conocimientos dirigidos a un mayor empoderamiento de los mismos individuos respecto a la atención de sus malestares o a los cuidados racionales de su salud. Es el sector público el que acerca el escaso financiamiento con que contamos para investigación, algunos programas como los FONCYT, Salud Investiga, etc. son el ejemplo en Argentina.

Dentro de este panorama actual de la salud, ¿cómo se relaciona la perspectiva de un conocimiento crítico y transdisciplinario con la situación actual de la medicina? Sin duda se produjo un clivaje, una cierta disociación, entre el desarrollo del antiguo arte de curar, ahora potenciado y revestido de ciencia por su alianza con la tecnología y la investigación dirigida a la producción de nuevos fármacos, frente a los desarrollos de una perspectiva crítica y no positivista de la salud. Esto es más crítico en el caso de salud mental, como luego veremos. Para algunos la salud se reduce a la eficacia de esta medicina tecnificada, que suponen más científica —y sin duda cuentan con un imaginario social que acompaña esta posición—, relegando la intervención de las ciencias sociales a un humanismo social, donde la mención de “social” les parece aludir a una preocupación militante por lo público y los pobres. Se instala así la falsa oposición de medicina social versus medicina científica.

Creo que debemos evitar esta oposición; la perspectiva crítica en salud debe atender en sus desarrollos también a las prácticas de la medicina tecnificada. Por ejemplo: la investigación sobre SIDA reúne ambas posiciones que en gran parte se potencian: la investigación biológica sobre retrovirus, la vinculada a la producción de nuevos fármacos y las investigaciones sociales sobre subjetividad, comporta-

mientos y estigmas sociales, forman un abordaje integrado sobre esta enfermedad. Se puede constatar que los criterios de atención integran estas diferentes perspectivas. Igual sucede con problemas como la tuberculosis, el Chagas, las parasitosis, el dengue, entre otras afecciones. Temas como los trasplantes y la donación de órganos, la ovo-donación y el alquiler de vientres, la reproducción asistida en su conjunto, reúnen el costado biológico y técnico de estos problemas, junto a la dimensión de las subjetividades comprometidas en estas prácticas. Creo que por el camino de evitar la disociación mencionada y avanzar con criterios integrales sobre salud es posible ir construyendo un concepto de salud en sentido positivo, que integre a la vez lo científico y tecnológico de la medicina con la comprensión social crítica, y que a la vez integre la dimensión social e individual de la salud.

Observé antes que en salud mental esta oposición es más notable. El antiguo positivismo médico de A. Comte está regresando con nuevos ropajes que lo presentan como “lo más nuevo de la ciencia”. Me refiero a la neurobiología y la producción de nuevos psicotrópicos. Curiosamente actualizan los mismos criterios de la frenología de Gall en el Siglo XIX. Ya G. Canguilhem hace 30 años (*El Cerebro y el Pensamiento*) advertía de este retorno, aun cuando no existían todavía las tecnologías sofisticadas como la resonancia magnética funcional y la cámara de positrones, que permiten observar en pantalla tanto la estructura como algunos procesos del cerebro, especialmente poder seguir el circuito neuronal cuando se prueban nuevas moléculas de fármacos. Se trata de la vieja idea que siguió Kraepelin: localizar los sufrimientos psíquicos, las diferentes patologías, pero también deseos y pensamientos, en el funcionamiento del cerebro. Se invierte la relación: el cerebro piensa, no es que pensamos contando con el cerebro. Un destacado neurobiólogo, J. P. Changeaux, no duda en afirmar que la

neurobiología actual tiene el secreto del espíritu humano y que sus investigaciones nos darán el conocimiento que no se logró durante tres mil años de reflexión filosófica.

Gran parte de la investigación actual, que es la que leen los psiquiatras, surge de la multiplicación de imágenes cerebrales en las cuales se investigan nuevas patologías psíquicas dirigidas a la producción de nuevas moléculas de fármacos útiles para intervenir, modificar u orientar el comportamiento humano. Se trata de afirmar que existe una equivalencia entre funciones mentales y procesos cerebrales, especialmente en la comunicación entre neuronas —la sinapsis—, que permitirían hacer accesible al conocimiento científico las emociones, la sensibilidad, el pensamiento, los sufrimientos y comportamientos de los individuos. No hay duda acerca de que estas investigaciones neurobiológicas y sus metodologías son científicas, pero trasladadas al terreno médico para la interpretación del sufrimiento mental resultan falsas: no pueden dar cuenta de la singularidad de cada sujeto, de la capacidad humana de creación, de la diversidad de modos de interpretar la realidad y el medio social en que habitan, de la plasticidad de la conducta en relación con el medio natural y social. Es abusivo y poco científico reducir el pensamiento a una función puramente cerebral, a interacciones químicas en la sinapsis —los neurotransmisores— ignorando la capacidad de cada sujeto para la invención y la creación de nuevos modos de interactuar con el mundo y entre otras cosas de inventar el lenguaje específico para la vida social humana.

No hay duda acerca de que toda inversión en esta línea de investigación que realiza la poderosa industria farmacéutica está destinada al descubrimiento y la producción de nuevos psicofármacos para controlar estados afectivos (ansiolíticos, sedantes, tranquilizantes, inductores del sueño, estabilizadores del ánimo, etc.) o para optimizar el desempeño (estimulantes, curar la impotencia sexual, mejorar el rendimiento, etc.) o controlar algunos síntomas que expresan el sufrimiento mental. Se introduce falsamente la

idea de que calmar un síntoma es igual a la curación de una enfermedad. Esto es trabajo de la industria farmacéutica y multitud de institutos de investigación e investigadores que lanzan los nuevos productos, con apoyo a investigaciones ciertas realizadas con métodos científicos. Luego se agregan las asociaciones de psiquiatras —no siempre científicas, el ejemplo más claro es el de la Asociación Psiquiátrica Americana y su manual diagnóstico, DSM— que en base a nuevos psicofármacos crean nuevas enfermedades a la vez que establecen su tratamiento en base a estos fármacos. En gran parte se valen de la permeabilidad de la línea que separa algunos malestares psíquicos de la existencia con trastornos mentales más severos, o aun de comportamientos o capacidades cognitivas. Por la difusión de estas investigaciones de las neurociencias también regresa la idea positivista de normalidad como frecuencia estadística y de patología, o locura, como el desvío de medidas preestablecidas de comportamiento y formas de pensar; otra vez la verdad de lo normal y lo patológico se pretende como alojada en el cuerpo y de valor universal.

Si menciono sintéticamente esta línea, hoy dominante, de investigación que afecta a los problemas de salud mental, es para destacar que los supuestos epistemológicos que guían la investigación, los efectos reales de la misma, no son entendibles si no ampliamos la mirada a su sentido político y ético. Investigar la problemática de la salud mental desde la perspectiva crítica y transdisciplinaria es actuar abriendo el debate ético, político y también epistemológico que nos permita enfrentar esta nueva avanzada del positivismo, nuevamente lanzado a la pretensión de ubicar en el funcionamiento cerebral lo normal y lo patológico del sufrimiento mental. Está claro que la casi totalidad de la investigación neurobiológica está financiada por la industria farmacéutica. Según señalaba hace poco Chistian Griesinger, Doctor en química y responsable de la Sociedad Max Planck en Argentina, *las grandes empresas farmacéuticas han cambiado su modelo de negocios*, disminuyen sus propios institutos

o departamentos de investigación y tratan de impulsar y financiar a universidades públicas o empresas privadas de biotecnología, que se hacen cargo de la investigación solicitada u orientada por la industria farmacéutica, que luego se hace cargo de la etapa final de producir el psicofármaco. Si bien uno de los ejes de investigación son las enfermedades neurológicas degenerativas (básicamente, alzheimer, parkinson y demencia), también se ocupan de la investigación de nuevos psicofármacos. Cuenta para su programa de investigación con mil quinientos millones de euros anuales. Dificilmente podríamos obtener esa cifra para investigación dentro de lo que he llamado el “modelo complejo de salud mental comunitaria”.

Por último la pregunta acerca de si las categorías de *medicalización* y de *modelo médico hegemónico* siguen siendo productivas para la investigación desde las ciencias sociales en salud. Creo que el problema de la medicalización no solo está vigente sino con una potencia mayor como creador de una cultura de la salud y una subjetividad singular que construye los significados y valores acerca de su salud, física y mental, sobre los valores y sentidos que impone el mercado. Varias asociaciones y muchos congresos y jornadas se están dedicando a abordar este tema, especialmente porque en esta medicalización ampliada de la vida se está incluyendo progresivamente a los niños y adolescentes. Algo ya señale respecto al fuerte impulso económico destinado a este proceso de medicalización y la cooptación de institutos universitarios de investigación para brindar legitimidad académica a estos desarrollos que en verdad responden a intereses económicos de mercado. Quienes en nombre de otros principios más científicos, más racionales y más éticos nos oponemos a este verdadero desvío de la razón, debemos defender una investigación crítica sobre estos procesos. Y creo resulta claro que es responsabilidad de las ciencias sociales desentrañar con investigaciones serias y fundadas el sentido político y económico de esta medicalización. Es obvio que la investigación biológica actual está dominada y

dirigida a las necesidades del mercado, de allí que cuenten con cuantiosos fondos de financiamiento. Insisto en que los circuitos de legitimación de los conocimientos, especialmente cuando están dirigidos a una mayor racionalidad en los comportamientos humanos, pasan por el reconocimiento académico de las universidades y los Institutos de Investigación, por las publicaciones, revistas y libros, por lo cual debemos defender el lugar de la investigación social crítica en estos espacios.

En cuanto a la categoría que introdujo hace tiempo Eduardo Menéndez, creo que un primer efecto fue cuestionar la dominancia del modelo médico y de qué modo esto llevaba a desestimar las prácticas de salud orientadas por las comunidades, los grupos humanos y aun los individuos. Obviamente se trata de que el poder de definir los significados y valores de la salud fuera dominado por la ciencia médica, restando poder, o aun persiguiendo como práctica ilegal, a las realizadas por los no médicos. Esta observación fue efectiva en cuanto abría una reflexión sobre estas prácticas que la medicina oficial calificaba de míticas o primitivas (ver la aún vigente ley 17.132, que las regula). Creo que en la actualidad esto ha cambiado: la medicina hegemónica, potenciada por la relación con la tecnología y la investigación biológica está fuertemente orientada por intereses económicos, como he señalado, y en función de su eficacia para curar o controlar diversos padecimientos, impregna a escala global los significados y valores con los que los individuos perciben su salud y orientan las prácticas de atención. No desestimo que se puede avanzar hacia un mayor empoderamiento de los individuos y las comunidades en los cuidados de salud, pero el escenario es otro como consecuencia de esta globalización del mercado. Me parece que el desafío actual es enfrentar los engaños, la falsedad, la banalidad, denunciar los intereses mercantiles en salud, el trasfondo ético de la política que sostiene esta cultura —sin duda hegemónica— de la salud, sin desestimar el valor y la eficacia de esta medicina para vencer las enfermeda-

des y prolongar la vida biológica. Para esta política, que entiendo como creación de una cultura de la salud, no se trata de vivir bien —que de eso se trata la salud—, sino de vivir más. La hegemonía es parte de los procesos políticos y la lucha por el poder, tal como lo mostró Gramsci, y hoy esta lucha se juega en el poder simbólico, en relación con quién domina las interpretaciones y la construcción de los significados y valores que orientan las conductas prácticas de los individuos. Vale recordar que la percepción humana, contra lo que postulo el positivismo médico, es siempre una interpretación: la percepción del cuerpo y los malestares de la existencia no pueden escapar del campo simbólico de su interpretación. La lucha es por quién domina estas interpretaciones. En primer lugar quién define la comprensión del sufrimiento mental o la enfermedad (el dominio de la interpretación y construcción de significados); quiénes deben tratar estos sufrimientos (el conflicto de los saberes, las disciplinas y las corporaciones profesionales); por último, cómo deben tratarse (la lucha por el trato, el respeto de los derechos humanos, la dignidad y los derechos a la igualdad de los pacientes). No dudo que frente a este panorama las ciencias sociales y su investigación en salud y salud mental, son la herramienta fundamental en los tres niveles de esta lucha por la hegemonía.

La socialidad del estetoscopio

Comentario a la ponencia de Emiliano Galende

LUCÍA ARIZA

En primer lugar quiero agradecer a las y los organizadores de las jornadas por la invitación a comentar el trabajo que se presenta en esta mesa, así como al expositor de hoy, el Dr. Emiliano Galende, por aportarnos su reflexión sobre el estado actual del campo de la salud mental en Argentina, las disputas de autoridad y las fuerzas hegemónicas y alternativas que hoy lo atraviesan y lo estructuran, los avances logrados en materia de investigación e innovación teórica y metodológica, y los desafíos pendientes para una interacción más ajustada entre las diferentes formas de conocimiento que hoy componen el campo de la salud mental.

En su reflexión sobre las posibilidades de la transdisciplina, el texto de Galende se estructura en base a una serie de dicotomías que se conectan mutuamente y permiten escenificar un claro mapa político de la situación actual en materia de salud mental y de salud más en general: de un lado tendríamos la investigación biomédica, su lógica positivista y racional, su método científico y su aparataje tecnológico; sus especialistas clara y excluyentemente definidos de una forma en la que la acreditación experta resulta fundamental para la legitimidad predicativa de quien habla. Concernida específica y exclusivamente con el cuerpo, sus signos vitales y sus malestares físicos, esta parte de la reali-

dad de la salud y la salud mental opera en base a mediciones científicas de un cuerpo que habla a partir de signos cuantificables. Utiliza para ello estándares, criterios estadísticos y protocolos que permiten identificar la ocurrencia de la dolencia no como un hecho aislado sino como ejemplo de una serie infinita de repeticiones que no permiten hablar de la individualidad de la manifestación sino sólo de su semejanza con formas equivalentes de aparición en otros individuos. Esta biomedicina entiende al cuerpo que estudia y pretende curar como un cuerpo que es necesario interpretar. Pero aunque en el campo de la sociología de la salud y la sociología médica utilicemos el término “interpretación” para referir a los procedimientos científicos que permiten deducir lógicamente la existencia de una enfermedad en base a la presencia de rasgos clínicos, es claro que usamos la palabra interpretación en un sentido distinto con el que referimos a la interpretación psicoanalítica o a las corrientes interpretativistas de las ciencias sociales de las cuales somos herederos obligados. En efecto, ha sido y es uno de las armas más claras de defensa de las tareas que le corresponden propiamente a la sociología argüir que cuando el clínico interpreta, no lo hace de la misma forma en la que lo hace una terapeuta lacaniana o una socióloga analizando una serie de entrevistas en profundidad que ha tomado en el marco de un proyecto que inscribe en una perspectiva cualitativa. Lo que separa una y otra forma de interpretaciones aquella palabrita que –propongo– tanto constriñe a los herederos forzosos de Weber que trabajamos en las ciencias sociales: *el sentido*. Creemos que los otros herederos, los clínicos en la tradición de Comte, no interpretan *el sentido* de la enfermedad (esa es, en la distribución disciplinaria del trabajo, la tarea que a capa y espada defendemos le corresponde a las científicas sociales) sino que tan sólo leen los signos concretos que son la manifestación directa de la enfermedad. Entendemos que este leer clínico es en sí mismo productor de objetividad, en la medida de que se propone reducir la complejidad posible del signo y retro-

traer toda la polivalencia que hace al festín de los sociólogos a una unicidad que permita implementar acciones directas tendientes a la curación. Y he aquí en efecto el segundo bloque de las dicotomías que sugería más arriba estructuran el trabajo de Galende. El autor sugiere que si de un lado tenemos modelos de conocimiento positivistas (esto es, lo que históricamente entendemos como científicos y racionales), demarcación disciplinaria, un cuerpo desesentimentado y fácilmente desentrañable, y ostentación tecnológica, del otro lado estamos parados los que –para decirlo mal y pronto– rechazamos todo esto. Aquí está el dominio de la palabra y la transferencia, la investigación cualitativa, el signo, el sentido dado a la enfermedad por quienes la padecen (y que, desde la sociología, nos compete “interpretar”), la comunidad, el grupo, la amistad y la familia, en síntesis, qué problema, lo social, lo humano.

En este marco, la salud mental es un caso-ejemplo, en la medida de que en ella es más patente que en otros campos del saber médico la hibridez del objeto enfermedad, dada en el carácter inescindible de cerebro y mente. El carácter manifiesto de esta heterogeneidad del propio objeto de la salud mental ha tornado ambivalente su inscripción disciplinaria. Galende nos cuenta que la salud mental tiene una historia (o prehistoria) en la psiquiatría (inscripción no exenta de las tensiones entre esta subdisciplina y la medicina), pero el autor señala que la emergencia política de la salud mental fue en gran parte el resultado del trabajo de Dilthey y Jaspers, desde la filosofía, y de Freud desde el psicoanálisis. Dilthey, Freud y Jaspers son agentes de la demarcación: proponen objetos, teorías y métodos particulares para lo que el primero denominó las ciencias del espíritu. Éstas no han de confundirse con las ciencias naturales, a quienes cabe la lógica causal y la explicación. Las ciencias del espíritu son por el contrario ciencias en sentido estricto, pero su modo de conocimiento es la comprensión (en Dilthey), o como nos enseña Galende la empatía jasperiana y la transferencia freudiana. Estos aportes permitieron sin-

cerar la falta de sintonía de la psiquiatría con la medicina, expandiendo las posibilidades de constitución de un campo de la salud mental que no fuera exclusivamente dependiente del modelo causal y sus técnicas y tecnologías abstractivas, estandarizantes y protocolizantes, permitiendo así atender a la unicidad del sujeto doliente y de su historia, es decir, a la unicidad de la manifestación de la enfermedad. Pero dada la prehistoria de la salud mental en la psiquiatría, y su historia en el modelo de las ciencias del espíritu, en el abordaje comprensivo e interpretativo, y en la gravitación de conceptos y prácticas en torno a la empatía y la transferencia, la salud mental ha quedado dividida. Adolece de una partición interna en la cual conviven conflictivamente la perspectiva del cuerpo y la de la psiquis como entidad inorgánica (lo que Galende denomina “el conflicto entre positivismo biomédico y perspectiva social en salud mental”); la de la causalidad y la de la imaginación; la del estándar y la de la unicidad; la de los dispositivos técnicos y la de la complejidad de la palabra; la de la explicación y la de la comprensión; la de la restricción disciplinaria y el modelo transdisciplinario; la de lo no humano y lo humano. Mi impresión es que en esta divisoria de aguas, en la que intuyo que –como en muchos otros espacios clínicos– predomina con la fuerza aplastante del capital la perspectiva lógica-deductiva, la operación de Galende apunta a esclarecer la importancia del abordaje contrario, es decir, el que él denomina la *perspectiva social* en salud mental. Esta intervención busca mostrarnos cuán errada es la asunción positivista de que la enfermedad mental deriva del cerebro, criticando (en mis propios términos) la posibilidad de una subjetividad abstracta que padece sufrimientos mentales siempre de una forma semejante y desligada de la historia individual del sujeto. Esta propuesta de que la perspectiva social debería hacerse más presente al interior del campo de la salud mental implica una apertura de la salud mental a las ciencias sociales, lo que Galende denomina *transdisciplina* (una cercanía, como decíamos, con las metodologías interpretativistas, con los métodos etno-

gráficos, con los análisis étnicos que no pierden de vista la cultura específica en la que se desarrolla la enfermedad), e implican críticamente la introducción de lo que Galende alude con el término *comunitario*; esto es, de los paralingüajes y saberes y de las prácticas de cuidado que son excluidos por lo que se ha llamado el modelo médico hegemónico pero que juegan un papel crucial en la confortación y tratamiento de quienes padecen sufrimientos mentales.

Y aquí me gustaría hacer dos comentarios. Por un lado, esta reivindicación que encuentro fundamental del trabajo de las comunidades (especialmente en zonas rurales, pero también en las ciudades), del cuidado provisto por el sistema no formal a quienes padecen mentalmente, de los esquemas autóctonos de comprensión y tratamiento del sufrimiento mental, se beneficiaría enormemente, sugiero, de una discusión sobre el perjuicio que sobrevendría si estas prácticas comunitarias fueran utilizadas como mecanismo de descarga de las responsabilidades estatales. Tal vez, el problema con la reivindicación a secas del trabajo comunitario es que provee perfectos argumentos para un desligue del Estado que es típico de las sociedades neoliberales. Así como el cuidado de sí, la preocupación por el propio bienestar físico y emocional y la individualización de la responsabilidad por la salud han sido en gran parte de Europa el complemento ideológico neoliberal de un estado de bienestar donde la salud es provista principalmente de forma pública gratuita; pienso en la resonancia que puede tener en oídos maliciosamente dispuestos la promoción del cuidado provisto por la familia y las amistades, por el tercer sector y por las redes comunitarias cercanas. De ningún modo estoy diciendo que el trabajo de Galende alienta en medida alguna este deslinde del Estado. Pero esta promoción de lo comunitario sin más es más correcta en países como los europeos, más dispuestos a reconocer y a contribuir financieramente al sostenimiento del sistema de atención no formal. De más está aclarar que no me cabe duda de con qué buenas intenciones se impulsa el reconocimiento

legítimo del saber de las comunidades en torno a la cuestión del padecimiento mental. Pero estos discursos son fagocitados a veces también demasiado rápido por aquellos que tienen una intencionalidad distinta, como la intención de promover el desentendimiento del Estado de sus responsabilidades fundamentales con la salud poblacional; lógica capitalista contemporánea a la cual los estados de bienestar europeos vienen escapando parcialmente quién sabe por cuánto tiempo más, y de la cual como sabemos la Argentina no está todavía exenta de su aplicación.

Por otro lado, en vistas de la falta de conocimiento actual que destaca Galende respecto de las estrategias comunitarias no formales de tratamiento y cuidado de quienes sufren padecimientos mentales, me gustaría inquirir sobre la posibilidad, aparentemente no contemplada en el texto del autor, de que sean las mismas comunidades las que demanden intervenciones e investigaciones en el campo de la salud mental signadas por el modelo científico positivista. En efecto, la estructuración de la ponencia del doctor Galende en base a las dicotomías antes mencionadas ubica unilateralmente a las comunidades, la familia y el tercer sector que construyen en su práctica cotidiana una forma propia de verdad sobre la enfermedad mental, del lado del campo no científico, de los servicios no formales, de la ausencia de teoría y métodos lógicos-deductivos, del rechazo a la protocolización, el estándar, la estadística como formas propias del positivismo de construir verdad, de la fluidez no diría ya disciplinaria sino incluso práctica o vital misma. El Dr. Galende indica por ejemplo que “Salud Mental no consiste en una disciplina que pueda fijar los límites de su campo, ni en la producción de conocimiento acerca del sufrimiento mental (...) Estas prácticas, que llamamos sociales, no son posibles de pensar y entender en los términos formales de eficacia, eficiencia o calidad, sino simplemente reconocer su existencia real”. Sin embargo, me gustaría preguntarme, qué pasa cuando son las mismas comunidades las que no sólo demandan sino que garantizan

a través de estrategias políticas de intervención social un recrudecimiento de la lógica médica más dura, de la eficacia y la eficiencia como criterios superiores e inexcusables del tratamiento de las enfermedades mentales? Los trabajos de Nikolas Rose y Carlos Novas sobre el concepto de ciudadanía biológica¹, o los de Heath, Rapp y Taussig² sobre ciudadanía genética nos hablan de una movilización de grupos sociales de aquellos y aquellas afectados por dolencias físicas, a veces de origen genético, que se orienta no a rehuir el modelo médico que Galende llama positivista sino por el contrario a incrementar sus demandas para una exacerbación de los criterios de cientificidad, para expandir el volumen de investigación biomédica sobre las causas biológicas de estas enfermedades y sus posibles formas de reparación, para desarrollar aún más respuestas farmacológicas y más intervenciones tecnológicas que mejoren la vida de las personas afectadas por estas dolencias. En este sentido, si bien Galende indica que “estas prácticas sociales y comunitarias, vinculadas a las condiciones reales de existencia del sufriente, de clase social, étnica, cultural o religiosa, no resultan antagónicas con el sistema formal de atención que prestan los servicios de Salud Mental”, pienso que esta afirmación no está apoyada en la forma en la cual el trabajo sitúa claramente a las prácticas comunitarias del lado, por decirlo mal y pronto, no científico de la cuestión.

Finalmente, me gustaría hacer una última observación. En varios puntos de su ponencia, el Dr. Galende contrapone lo que él denomina el positivismo médico a la perspectiva social de la salud mental. Por ejemplo, en la página 4 se dice que “En el plano social es observable una creciente oposición entre el trato por la palabra versus el

-
- ¹ Véase por ejemplo Rose, N. y Novas, C. (2005). Biological Citizenship. En A. Ong y S. J. Collier (Eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems* (pp. 439-463). Oxford: Blackwell Publishing.
 - ² Heath, D., Rapp, R. y Taussig, K.-S. (2004). Genetic Citizenship. En D. Nugent y J. Vincent (Eds.), *A Companion to the Anthropology of Politics* (pp. 152-167). Oxford: Blackwell Publishing.

medicamento para el tratamiento del sufrimiento mental; esta oposición forma parte del saber popular acerca del sufrimiento mental y su tratamiento”. Ahora bien, como alguien que se ha interesado por el trabajo del sociólogo y antropólogo de la ciencia Bruno Latour, me pregunto seriamente si no deberíamos reservar el término “social” para algo distinto a aquello a lo que solemos atribuirlo no ya con naturalidad sino como un acto reflejo. En efecto, en su libro *Re-ensamblando lo social. Una introducción a la teoría del actor-red*³, Latour propone “disputar el proyecto de proveer una explicación *social* sobre alguna otra situación” (p.1)⁴. Latour dice que en el estado actual del conocimiento “social” “ya no resulta claro que existan relaciones que sean lo suficientemente específicas para ser llamadas ‘sociales’ y que pueden funcionar como una ‘sociedad’ (...) Lo social parece estar diluido en todas partes y sin embargo en ningún lugar en particular (...) Hasta ahora, se ha utilizado una lógica de adición para comprender el rol de lo social y de las ciencias sociales. Esta versión de la teoría social ha devenido una posición por *default* de nuestro software mental, que toma en consideración lo siguiente: existe un ‘contexto’ social en el cual ocurren actividades no-sociales; [lo social] es un dominio específico de la realidad, y puede ser usado como un tipo particular de causalidad para explicar los aspectos residuales que otros dominios (psicología, derecho, economía, etc.) no pueden explicar” (p. 2-3). En contraposición, Latour propone que un enfoque diferente no da por sentado la doctrina básica de la primera posición. La segunda posición arguye que no hay nada específico al orden social; que no hay dimensión social de ningún tipo, no hay contexto social, ni ningún dominio distinto de la

³ Latour, B. (2005). *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory*. New York: Oxford University Press. Existe una traducción al español: Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Editorial Manantial.

⁴ Esta y las que siguen son traducciones propias de la versión en inglés. De allí se citan también los números de página.

realidad al cual se pueda atribuir la etiqueta de social o de sociedad. Esta segunda posición considera que los actores nunca están embebidos en un contexto social, que por lo tanto no tiene sentido adicionar ciertos “factores sociales a otras realidades específicas, y que la sociedad, lejos de ser el contexto ‘en el cual’ todo lo demás es demarcado, debe ser por el contrario construido como uno más de los elementos circulantes dentro de ciertos conductos” (p. 4). En esta visión alternativa, “lo social no es una especie de pegamento que pegaría lo que los demás no pueden unir, sino que es lo que está pegado a través de otro tipo de conectores” (p. 5). Disculpen que me haya extendido en las citas pero me parece realmente fascinante. Estas críticas de Latour al concepto de social permiten entenderlo no como aquello que explica lo que ninguna otra disciplina puede explicar (el sentido, el signo, las emociones, la subjetividad, etc.), sino como aquello que debe ser explicado, aquello de lo que, en tanto cientistas sociales, debemos dar cuenta, explicar su ocurrencia, comprender su pervivencia en el tiempo y su durabilidad. Lo social ocurre cada vez que hay una asociación de algún tipo, asociación que no ocurre sólo de este lado (en el lado del sentido, lo humano, la sociedad), sino que es por definición la unión de heterogéneos, esto es, de lo humano y lo no humano, lo material y lo significativo, lo semiótico y lo simbólico, etc. Siempre que se verifique una asociación así de múltiple y heterogénea, tendremos sociedad, tendremos social. Por lo que lo social no es lo que está en la comunidad, en la subjetividad, mientras que lo que está en el cuerpo, en la materia, en el cerebro, es no social. Por el contrario, Latour propone repensar lo social como la extraña, escasa, atípica y poco frecuente asociación entre agencias heterogéneas, dicho mal y pronto, entre lo humano y lo no humano.

¿Dónde nos deja este planteo en relación con el texto de Galende? Bien, propongo que el texto de Latour nos abre la puerta a pensar la relación con lo que Galende llama el modelo positivista de otro modo. En efecto, si bien

en la ponencia de Galende se insiste en el concepto de transdisciplina, no pareciera que la crítica *in toto* al modelo médico científico deje algún resquicio para construir un diálogo con esas mismas disciplinas que se denuncian como abstractizantes, generalizantes, centradas en la eficacia y la eficiencia y no en la subjetividad y unicidad. En este marco, creo que la propuesta de Latour nos acerca una aproximación para pensar nuestra relación con las otras disciplinas. Esto implica olvidarnos, si pudiéramos, de la herencia weberiana, centrándonos en una idea de social que se acerque a la medicina desde dentro, por así decir, para explicar lo que en ella es social en tanto asociación de heterogéneos. Antes que la crítica paralizante acerca de lo que no nos gusta en el positivismo de los médicos, nuestra tarea consistiría en la comprensión de los modos de funcionamiento del andamiaje tecnológico de la clínica, de cómo funcionan en situaciones concretas los números y los protocolos, de las maneras en que la biología del cerebro también contribuye a la definición de lo que es el padecimiento mental. Desde luego, no estoy abogando por una vuelta renovada de la manicomialización, cuyo dispositivo, el asilo para enfermos mentales, ha sido tal vez el síntoma más claro de la voluntad normalizadora y guetizadora de la psiquiatría, sino por una reflexión acerca de la co-evolución de los humanos y de los dispositivos materiales, de que las formas actuales del padecimiento mental incluyen también los aparatos, técnicas y químicos que hacen posible conocerlo, en la medida en que no podemos pensar el padecimiento mental hoy sin, por ejemplo, la resonancia magnética. Conocer desde las ciencias sociales críticas cómo es posible que la inmersión de un cuerpo en un campo magnético emitiendo radiofrecuencias a partir de sus átomos de hidrógeno excitados dé como resultado una serie de imágenes en las que se cifra la posibilidad de conocimiento de la enfermedad mental, parece hoy un objetivo más relevante que seguir defendiendo un espacio reducido de acción interpretativa, exclusivamente humana e injustificadamente social sobre los padecimien-

tos que llamamos mentales. Una auténtica transdisciplina no consiste en adjuntar, como si se tratase de dos materiales diversos sólo unibles a través de un pegamento muy especial, lo médico y lo social, o lo orgánico y lo significativo, el cuerpo y el signo, lo no humano y lo humano. La auténtica transdisciplina se sabe a sí misma un concepto superfluo a nivel ontológico, en tanto en lo empírico, el ser, la realidad o como llamemos a eso que es simultáneamente material y simbólico, es inescapablemente trans, híbrido y heterogéneo, compuesto de objetos y sujetos, materialidad y sentido de una forma inextricable. Nuestro objetivo, como disciplinas humanas y sociales, no es denunciar la implausibilidad del criterio de causalidad para la explicación de la enfermedad, incluida la enfermedad mental, sino la exploración de cómo ese criterio de causalidad ordena una serie de acciones semiótico-materiales cuyo resultado es la proliferación de otros agentes humanos y no humanos, la transformación (o no) de los cuerpos que se dicen causalmente operantes, la sedimentación de criterios para validar la autoridad científica, esto es, la producción de nuevas asociaciones entre entes y la concomitante reproducción o transformación de lo dado. Nuestro objetivo es explicar por qué el estetoscopio, en su alianza contingente con la médica que lo opera, la piel que enfría y sus bacterias, la subjetividad del paciente que lo padece y las prácticas de enfermería de la acompañante de éste pueden ser calificados de sociales. Nuestro objetivo es ver la socialidad de esta asociación en tanto acontecimiento, y no seguir reclamando un lugar que ni hasta el más acérrimo discípulo de Comte dudaría en otorgarnos.

