

Revista
Debate Público
Reflexión de Trabajo Social

ISSN 1853-6654



Año 11 - N° 21
Julio de 2021

Tema
Lecturas sobre dimensiones y configuraciones
de lo público en tiempos complejos

Revista Debate Público Reflexión de Trabajo Social

ISSN 1853-6654

Año 11 - N° 21
Julio de 2021



Presentación

Publicación de Ciencias Sociales que lleva adelante la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, con el objetivo de generar un espacio de debate y difusión de conocimiento social.

Esta publicación se propone divulgar aportes sobre *lo público* que realizan el colectivo profesional del Trabajo Social en particular, y las ciencias sociales en general, con la pretensión de aportar a su fortalecimiento, a partir de re-visitar las disputas que construyen como tal. La configuración de *lo público* en este contexto y las reflexiones que se suscitan interpelan al Trabajo Social, en tanto posible ángulo de interrogación sobre la intervención, pues en este debate se centran algunas claves para la lectura de las políticas, las instituciones y las prácticas que entablan distintos actores.

La revista Debate Público es una publicación de propiedad de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

Cuerpo Editorial

Directora General: Andrea Echevarría

Directora Editorial: Bárbara García Godoy

Equipo Editorial: Irene De Simone y Mariana Meliharek.

Consejo Editorial: Adriana Clemente (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Ana Arias (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), María Isabel Bertolotto (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Alfredo Carballeda (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Margarita Rozas (Universidad Nacional de La Plata), Claudio Ríos (Universidad Nacional de La Plata), Mariela Diloreto (Universidad Nacional de La Plata), Susana Cazzaniga (Universidad Nacional de Entre Ríos), Lorena Molina (Universidad de Costa Rica), Mónica De Martino (Universidad de la República. Uruguay), José María Alberdi (Universidad, Nacional de Rosario).

Comité Científico: Norberto Alayón (Carrera de Trabajo Social - UBA), Cristina Melano (Carrera de Trabajo Social - UBA), Raquel Castronovo (Carrera de Trabajo Social - UBA / Universidad Nacional de Lanús), Claudia Danani (Carrera de Trabajo Social - UBA), Violeta Correa (Carrera de Trabajo Social - UBA), Estela Grassi (Carrera de Trabajo Social - UBA), Gloria Mendicoa (Carrera de Trabajo Social - UBA), María Carman (Carrera de Trabajo Social - UBA), Diana Rossi (Carrera de Trabajo Social - UBA), Cecilia Hidalgo (Carrera de Trabajo Social - UBA), Alejandro Rofman (Carrera de Trabajo Social - UBA), Miguel Vallone (Carrera de Trabajo Social - UBA), Silvia Faraone (Carrera de Trabajo Social - UBA), José María Serbia (Carrera de Trabajo Social - UBA), Patricia Digiglio (Carrera de Trabajo Social - UBA), Lucrecia Raffo (Ministerio de Salud de la Nación), Ricardo Rubio (Universidad Nacional de Cuyo), Liliana Barg (Universidad Nacional de Cuyo), Silvia Mabres (Universidad Nacional de San Juan), Marcelo Lucero (Universidad Nacional de San Juan), Laura Garcés (Universidad Nacional de San Juan), Susana Cazzaniga (Universidad Nacional de Entre Ríos), Florencia Cendali (Universidad Nacional de Luján), Bibiana Travi (Universidad Nacional de Luján), Inés Seoane (Universidad Nacional de La Plata), Juan Ignacio Lozano (Universidad Nacional de La Plata), Inés Hadad (Universidad Nacional de Río Negro), Mariano Barberena (Universidad Nacional de La Plata), Jesús Acevedo (Universidad Autónoma de Coahuila. México), Ana Monge (Universidad de Costa Rica), María Noel Miguez Passada (Universidad de la República. Uruguay), Denis Merklen (Escuela de Altos Estudios de París), Carolina Mera (Instituto Gino Germani - FSOC / UBA), Mónica Petracci (Instituto Gino Germani - FSOC / UBA), Esteban De Gori (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Ana Rosatto (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Carla Wainsztock (Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Pablo Di Leo (Instituto Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Gisela Spasiuk (Universidad Nacional de Misiones), Pilar Fuentes (Universidad Nacional de La Plata), Susana Hintze (Universidad Nacional de General Sarmiento), Nora Aquín (Universidad Nacional de Córdoba).

Composición y armado: dg Leo Tambussi - leotambu@gmail.com

Dirección: Santiago del Estero 1029 - CP:1075 / Buenos Aires - Argentina - Tel: (54-11) 5287-1728.

email: debatepublico@sociales.uba.ar / web: www.trabajosocial.fsoc.uba.ar

Las opiniones expresadas en Debate Público. Reflexión de Trabajo Social son independientes y no reflejan necesariamente las del Comité Editorial. Se permite reproducir el material publicado siempre que se reconozca la fuente. Sistema de arbitraje: todos los artículos centrales y los artículos seleccionados han sido sometidos a arbitraje por miembros del Comité Científico de la publicación.

Índice

- | | | |
|---|---|---|
| | Tema |  |
| Lecturas sobre dimensiones y configuraciones de lo público en tiempos complejos | | |
| | Editorial |  |
| Reflexiones situadas en un mundo convulsionado | 9 | |
| Andrea Echevarría | | |
| | Conversaciones sobre lo público |  |
| Alberto Rosé y Bárbara García Godoy entrevistan a Emir Sader | 13 | |
| | Artículos Centrales |  |
| Derecho a la Salud y Sistemas Integrados | 21 | |
| Lecciones de la Pandemia | | |
| Mario Rovere | | |
| Una apuesta a la densidad institucional. Propuesta de un concepto para pensar la relación de instituciones sociales públicas y políticas sociales |  | |
| Ana Arias | 35 | |
| Migraciones y accesibilidades desiguales en tiempos de pandemia |  | |
| Algunas cuestiones para repensar la normalidad en disputa | 43 | |
| María Diloretto | | |
| Diplomacia sanitaria y geopolítica: la guerra mundial por las vacunas |  | |
| María Belén Herrero y Marcela Belardo | 51 | |

Propuestas político-pedagógicas neoconservadoras:
Falacias de la "ideología de género" y del movimiento "escuela sin partido"
Silvia Yannoulas, Sophia Afonso y Lais Pinelli **65**

Texto(s) y Contexto(s) sobre la adopción de niñas y niños en la Argentina
desde mediados del siglo xx al siglo xxi
María Felicitas Elías **83**

Artículos Seleccionados

El Derecho a la salud en el campo jurídico y sanitario.
Hacia la construcción de la justicia sanitaria.
María Natalia Echegoyemberry **95**

Desigualdades históricas y actuales del sistema de salud argentino:
Límites y desafíos para la construcción de un sistema integrado de salud.
María José Luzuriaga, Marina Gabriela Zunino,
Nasim Iusef Venturini y Alejandra Gaiano **107**

Equipos territoriales: Reflexiones en torno a la participación social
en salud y las estrategias de intervención comunitaria.
María Clara Fariña **119**

Representaciones de los equipos de salud sobre cuidados
en la primera infancia
Daniela Teveles, Natacha Levisman, Daiana Musi y Déborah Ferreira **133**

El Abuso Sexual Infantojuvenil
y su mirada desde el Trabajo Social
Giuliana Bataglia **145**

Repensar el Trabajo Social como Garante
de los Cuidados Paliativos hacia las Personas Mayores
Sofía Oya y Delfina Ramos **153**

El acompañamiento como categoría
y las instituciones contemporáneas
Noelia Sierra **161**

Mujeres presas y tareas de cuidado:
Un castigo diferencial para las "Malas Madres"
Yael Barrera y Tamara Santoro Neiman **175**

El abordaje de la intervención profesional del Trabajo Social
en contexto de virtualización: una aproximación bibliográfica.
Tatiana Encina, Ligia Altaleff,
María Carolina González Cejas y Micaela Megias **185**

La expulsión de las Instituciones Estatales
María Sol Bezzecchi

197

Comités Barriales de Emergencia del Municipio de General Pueyrredón:
De la lucha por la supervivencia al planteo político-estratégico
Juan Agüero y Silvana Martínez

203

Producciones de fin de grado

Conflictividad socio-ambiental y construcción de la
agenda pública en Pergamino
Carla Díaz y María Belén González Rosas

213

Aportes a lo público desde la investigación

El uso de las nuevas tecnologías, plataformas y dispositivos de comunicación en la
dinámica de trabajos grupales de la asignatura Psicología Institucional.
Cátedra Varela de la Carrera de Trabajo Social UBA.
Daniel Russo

225

Reseñas

Tiempos y lugares de la política de vivienda.
Inés López Olaciregui, Regina Ruete y Belén Demoy

231

Reflexiones situadas en un mundo convulsionado

Andrea Echevarría

Presentamos un nuevo número de Debate Público en el complejo escenario global y local que la epidemia nos delimita. En el número anterior, Patricia Digilio nos invitaba a pensarla como hecho social total, que atraviesa, moviliza, modifica prácticas, relaciones e instituciones. Las producciones que hoy presentamos no escapan a esa realidad, y desde ella, buscan generar espacios de revisión, reflexión y propuesta. El contexto no es igual a aquel del 2020. Hoy, la post pandemia comienza a develar los contornos de un mundo diferente al anterior, aunque con fuertes rasgos de continuidad.

Las vacunas, junto a los avances del complejo científico y tecnológico en el campo de la salud, se presentan como puerta de salida al desastre. Pero se constituyen a su vez en eje de campañas mediáticas de la política local, de conflictos de intereses comerciales siderales y de disputas internacionales. Claro analizador que permite identificar una nueva geopolítica (o quizás, la misma, remozada y profundizada en sus aspectos más injustos y violentos...).

La desigualdad (también en sus escalas planetaria y regional) se profundiza en sus aspectos estructurales, a la vez que aparecen nuevas formas. Según el informe de la CEPAL de junio de este año, durante el 2020 la riqueza mundial creció en un 7,4%. En el mismo período (huelga decir que en este mismo mundo) 140 millones de puestos de trabajo se destruyeron. En América Latina, el PBI se contrajo en un 6,8%, en la mayor contracción registrada desde el 1900. Las lentas recuperaciones que comienzan a evidenciarse no alcanzan todavía a subsanar ese impacto.

Frente a esto, el estado (los estados, pero hablemos hoy del estado argentino) no permaneció inmóvil. Las políticas desplegadas permitieron atender rápidamente la urgencia, mediante la transferencia de ingresos, los refuerzos alimentarios y el fortalecimiento de un sistema de salud agobiado por cuatro años de políticas neolibe-

rales. Pero como todos los dispositivos de emergencia, requieren ser repensados, mejorados y en muchos casos profundizados, a medida que el tiempo (esa dimensión ineludible de toda política) sigue transcurriendo.

Los territorios, a la vez que exhiben dolorosamente las desigualdades, portan nuevas formas de solidaridad y contención. Las instituciones son fuertemente interpeladas, mientras viejas y nuevas disputas se desarrollan en su interior. Lo público, las políticas, las instituciones y las prácticas adquieren, en este contexto, nuevos contornos y características.

Los artículos que componen este número rebosan actualidad. Son reflexiones situadas, ancladas en este singular contexto, pero que a su vez aportan claves para pensarlo, crearlo y recrearlo. Ineludible tarea para quienes apostamos, desde el ejercicio de nuestra disciplina, a la transformación.

Mag. Andrea Echevarría
Directora General de la Revista "Debate Público"

Conversaciones sobre lo público

Conversaciones sobre lo público

Alberto Rosé y Bárbara García Godoy entrevistan a Emir Sader



Esta sección se propone habilitar conversaciones con aquellos que para nosotrxs son referentes en la construcción de lo público, tanto por su rol como intelectuales como por su despliegue político y su capacidad para la intervención. En este diálogo participaron Alberto Rosé, Barbara García Godoy y Emir Sader.

Fecha de realización: 20 de mayo 2021

Referencias:

AR: Alberto Rosé; **BGG:** Barbara García Godoy y

ES: Emir Sader.

AR: Profesor, buenas tardes.

ES: ¡Hola! ¿Qué tal? ¿Cómo andan?

BGG: ¡Hola! Mucho gusto Emir, es una alegría encontrarlo, y desde ya todo nuestro agradecimiento por darnos este tiempo. Nos honra poder contar con usted para esta sección en la Revista de la Carrera de Trabajo Social de la UBA. Nuestro interés en esta ocasión se enfoca en poder conversar en la búsqueda de algunas pistas para comprender un poco más los convulsionados y particulares procesos en la región latinoamericana por un lado, haciendo foco en algunos escenarios en particular.

AR: Para iniciar, nos interesaría saber sobre Brasil si es real que Bolsonaro incrementó las ayudas

para compensar los efectos de la pandemia en la economía?

ES: No, no. A fines del año pasado, se discutió en el Congreso un auxilio de emergencia. El gobierno quería dar 200 reales, pero la oposición impuso 600 reales. Lo cierto es que, al llegar a la gente, se consideraba que era el gobierno el que le estaba dando el auxilio. Entonces, por un momento, Bolsonaro aumentó su popularidad, pero, después ésta volvió a descender. Ahora, el gobierno ha renovado el auxilio, tras tres meses sin transferencias, pero no tiene ningún efecto, ni siquiera en las encuestas. Eso ya no le sirve, ya que Bolsonaro está en una pendiente de popularidad muy negativa. Todo lo que ocurre, sanitariamente, pesa negativamente para él.



AR: Y ¿cómo resiste Brasil en términos sociales sin ayuda estatal? ¿Cómo es que no hay una explosión social?

ES: Cuando terminó el primer año de gobierno de Bolsonaro ya había 14 millones de desempleados, y 36 millones de precarizados. Eso era antes que llegara la pandemia, seguro que la gran mayoría de la gente está hoy en situación de precariedad. Por eso es que no mejora la situación de la pandemia, la gente sale todos los días a tomar dos buses o un tren de ida y vuelta, para arreglarse, para poder comer. Entonces, esas personas son víctimas privilegiadas ¿no? No pueden tener ningún distanciamiento, ni nada.

Por eso, Lula no habla de otros temas que no sea la supervivencia de la gente. La perspectiva futura de Brasil es buena, porque Lula va a ganar, pero las elecciones son en octubre. Y la toma de posesión en enero de 2022, ¿Cuántos muertos va a haber entretanto? ¿Cuánto hambre? ¿Cuánto sufrimiento?

Lula está trabajando para conquistar sectores de la base parlamentaria de apoyo a Bolsonaro. Si Bolsonaro llegara a perder esa base de apoyo, si no la conquista, no la mantiene, o no la renueva, con cargos en el gobierno, se complica. Si se quiebra eso, podría haber un impeachment antes, pero no es fácil de lograr.

AR: Te pregunto Emir, sobre tu queridísimo Chile, donde estuviste tanto tiempo de tu vida, ¿se abren las alamedas otra vez?

ES: Sí, como dije en el artículo "Bye, bye, Pinochet"¹. ¡Finalmente! ¿No? Porque ahora este Congreso puede barrer la antigua Constitución. La Constitución vigente fue impuesta por Pinochet en 1980 con pleno estado de sitio. Fue remendada un montón de veces, pero todavía queda mucho en pie. Y, además, el modelo económico fue perpetuado en democracia por la Alianza entre el Partido Socialista y la Democracia Cristiana, que fueron los segundos grandes derrotados en estas elecciones. La derecha seguro que fue derrotada pero también la ex-Concertación perdió en estas elecciones. Y aparece una nueva izquierda, muy importante, muy significativa. Además la Constituyente va a tener paridad de género, mitad y mitad, y con representación del movimiento indígena. Pero infelizmente, hubo un problema que se perpetúa. Chile terminó hace unos años con la obligatoriedad del voto. Parece razonable, si es un derecho, ¿cómo va a ser un deber? Pero los jóvenes en Chile ya ni se inscriben para votar. En una elección tan importante como esta, la mitad de la gente no votó. El Congreso se reunió para revocar el voto voluntario, pero no tuvo quórum. Ahora, muy seguramente, la próxima Constitución va a revocar eso. Es un momento para que la Constitución convoque a la gente a votar. Porque quienes terminan no votando, son los más jóvenes, los menos informados. Estados Unidos tiene elección el primer martes de noviembre, ya que sea un día de semana define muchas cosas. Y claro, la mayoría silenciosa no puede votar porque trabaja, entonces, es una trampa en

1. <https://www.pagina12.com.ar/342404-bye-bye-pinochet>

la que no hay que caer. Hay que tratar de hacer que la gente vote. Entonces, infelizmente en ese sentido, las elecciones fueron menos representativas, pero cualitativamente muy buenas. La cantidad de independientes, y la cantidad de mujeres electos! Muy importante. Yo creo que se renueva la vida política en Chile, aunque el modelo económico del neoliberalismo impuesto por Pinochet haya sido perpetuado en democracia. Y muchas otras cosas, también, que trababan la democracia sustantiva en Chile. Ahora se renueva la esperanza.

Ahora, esa explosión de protestas de Octubre del 2019 no siguió por la pandemia. Pero en octubre de 2021 habrá elecciones presidenciales, por primera vez, puede que el presidente no sea ni de derecha, ni de la antes llamada Concertación. Vamos a ver si hay acuerdo de la izquierda para tener candidatos... Habrá un candidato comunista, seguramente, y uno del Frente Amplio, hay que ver si no van a hacer un referéndum previo para tener un solo candidato. Si van a ir juntos, van a ir separados, y luego juntarse en la segunda vuelta. A ver qué va a pasar, porque en octubre vamos a estar en un clima de discusión de la Asamblea Constituyente, y eso es muy bueno para la perspectiva estratégica chilena.

AR: Si tenemos candidato de izquierda, te vamos a tener de nuevo a ti en Chile ¿o no? Ayudando.

ES: No, yo estoy comprometido en ayudar a tumbar a este monstruo que tenemos acá y en que Lula pueda ser presidente. Asesoro a Lula, estoy totalmente empuñado en eso. Tengo mi corazón repartido, claro que sí. Estoy hablando bastante con los amigos, los compañeros, sobre todo del Frente Amplio chileno, gran actor en este proceso. Entonces, claro, ganas de ir, tengo seguro. Ahora, probablemente, la gobernadora de Santiago, pueda llegar a ser una amiga, Karina² del Frente Amplio, imagínese, bueno, la felicidad de ir ya es enorme ¿no? Ir a la toma de posesión no va a ser posible. Pero, tengo muchas ganas de volver a Chile claro... pero, antes, quiero volver a Argentina.

AR: Sabía que venía por ese lado. Dime, Emir, ¿Y cómo ves el panorama en Perú?

ES: Mira, el Perú tuvo una cosa monstruosa, la combinación de la destrucción de Fujimori y de Sendero Luminoso. Sendero Luminoso fue una agrupación muy

cruel, muy brutal, destruía todo lo que no fuera propio. Y eso se sumaba a la represión de Fujimori. El movimiento popular no se ha recompuesto desde entonces, porque fue muy duro todo lo que ha pasado. Pero ahora hay fuerza popular. A tal punto que llegó a forzar la segunda vuelta con Pedro Castillo. La sorpresa de que él estuviera tan adelante en las encuestas, se ha neutralizado, ahora hay empate técnico. Todos los medios en campaña tipo Guerra Fría, - ¡Viene Venezuela!!, viene no sé qué cosa!!!-. A punto que el adversario de la Keyko Fujimori, Vargas Llosa, la apoya activamente. -No, porque el comunismo, no sé cuánto!!!-. La izquierda está unida, pero los medios están haciendo una campaña brutal. Eran 25 puntos de diferencia pero ahora está a 2 puntos. Pero, por lo menos, para la elección pasada ya había una candidata importante, una pena que después se dividió su partido³.

Entonces, no sé si las fuerzas populares todavía pueden seguir unidas, aunque Castillo no gane. Ojalá, que aunque no se ganase, que la oposición sea de izquierda, y no que sea esa cosa tremenda de dos sectores de derecha peleando que pasaba en general en el Perú. Pero fue dramático esa combinación, de dos monstruos peleando entre sí, Fujimori y Sendero. Fue devastador para el movimiento popular, para la democracia, para el mundo intelectual, todo fue brutal.

AR: Mientras decías esto me hacía acordar a Pol Pot en Camboya, Abimael Guzmán ¿no?

ES: Sí, sí. Una fuerza parecida, ahí eran dos sectores criminales. Tanto Fujimori en el gobierno como Abimael que está preso hasta hoy. La posibilidad de que gane la hija, imagínense hija de un padre que ha implementado cantidad de violaciones de derechos humanos. Y Sendero Luminoso también, claro.

AR: Y dime, Emir, ¿confías en el New Deal de Biden? ¿Cómo ves el proceso?

ES: Bueno, hay que separar las cosas, Estados Unidos no ha dejado de ser imperialista. Siempre se dice que los demócratas empiezan las guerras y los republicanos las terminan. Para empezar la postura que tuvo Biden frente a Israel fue tremenda. Biden incentivó a Netanyahu en plena ofensiva contra los palestinos.

2. Se trata de Karina Oliva, finalmente derrotada en la segunda vuelta.

3. Emir Sader se refiere a Verónica Mendoza.

Claro que el New Deal es un plan importante, claro que es un plan muy importante. Es sin dudas antineoliberal. Hay que ver en la práctica qué es lo que pasará. Estados Unidos sale del modelo clásico, ayuda a América Latina a salir también pero hay que ver qué es lo que quedará; una cosa es la política de shock inmediata, después hay que ver qué rasgos permanecen. Pero es una política que seguramente atiende mucho más a los sectores más pobres. Hasta de alguna manera más radicalmente que el New Deal. Lo que se vio en las manifestaciones con la muerte de George Floyd⁴, hizo que Biden tenga esa vicepresidenta, y probablemente él es un tipo moderado. Hay que ver las caras de la gente por las calles. Es una cara muy distinta de la sociedad norteamericana que nosotros no veíamos hace rato.

AR: O sea, nos estás diciendo que América Latina puede dejar atrás el neoliberalismo más fácil, gracias a Biden...

ES: Claro, claro que sí, porque el consenso viene de allá, el consenso viene de ellos. Todavía hay en nuestras sociedades muchos elementos por barrer. La idea de descalificación del Estado sigue vigente, que privatizar es bueno, que las empresas estatales son ineficientes, que la empresa privada es dinámica, etc., etc. La verdad, esa victoria neoliberal, nosotros no la hemos logrado superar. Nuestros gobiernos han sido demostraciones de eso. Pero, a menudo, las empresas estatales tampoco atienden las necesidades de la gente. La idea del servidor, del funcionario público, del empleado público, (no sé cómo lo llaman en Argentina), es una imagen muy negativa. No atiende bien a la gente, y ahí se aprove-



cha para echarlos. Y después se dice: hemos reducido la planta del Estado en tantos agentes. Pero, detrás de eso, cuántos son profesores, cuántos son enfermeros. Se le da una carga negativa, el burócrata tiene una imagen muy negativa, no atiende bien, no tramita las cosas. Entonces, si preguntas ¿sabes quién paga su sueldo? Los trabajadores con sus impuestos. Y después los desatienden. La burocracia está autonomizada respecto a la sociedad. Es este Estado Burocrático monstruoso, que habría que democratizar profundamente, para que atienda bien a la gente. Tener en cuenta que son remunerados por la gente para luego servirlos.

BGG: Ahora, de alguna manera la pandemia ha puesto sobre la mesa, muy claramente, la necesidad del Estado ¿verdad?

ES: Claro que sí, no son los planes privados de salud que están salvando a la gente, es la atención de los servicios públicos. Los que están investigando las salidas a la pandemia son instituciones públicas. Los que están orientando a la población, son profesores académicos, de la universidad. No, seguro que, es muy bueno que salgamos muy fuertes, porque viene una gran discusión de reforma tributaria. ¿Cómo? ¿Quién va a pagar la falencia de las finanzas públicas? La derecha ya tiene su forma, más ajuste fiscal. Y entonces nuestro proyecto de reforma tributaria, es muy bueno que lo empecemos por el impuesto a las grandes fortunas, eso ya es un gran comienzo. Hay un consenso mundial hoy que los ricos tienen que pagar más. Además, Argentina lo ha implementado, Bolivia lo ha implementado. Eso hay que extenderlo a una reforma tributaria. Reforma tributaria justa, el que gana más, paga más. Y cambiar la estructura general de los impuestos. Además, combatir la evasión, los paraísos fiscales, todo eso para que el Estado tenga recursos para reconstruirnos, el Estado está deshecho, la economía está muy afectada, la sociedad está muy afectada.

Veo con tristeza como la derecha argentina se recompone. Toda derecha es odiosa, pero frente a un gobierno con sensibilidad social, más brutal todavía. Provoca la inflación, y explota la inflación contra el gobierno. Es una cosa cruel, muy cruel, la inflación es cruel. Y Alberto está preocupado por el aumento del precio de los alimentos. Y la derecha aprovecha para conspirar.

Yo tengo muchísimas ganas de volver, pero me temo también que tenga que ver cómo ha afectado el comer-

4. Black live matters.

cio, el pequeño comercio. ¿Cuántos han sobrevivido? ¿Qué imagen tiene Buenos Aires? ¿Y la gente por la calle? ¿Hay mucha gente durmiendo por la calle? En Avenida Corrientes ya había cuando Cristina terminaba su mandato, vaya a saber cuántos hay ahora...

BGG: Ahora, Emir, una cuestión que venimos observando, y preocupa, tiene que ver con ese fenómeno de los últimos años por el cual la derecha aparece fortalecida y expresando ideas de cambio, frente a un progresismo que se presenta como conservador en tanto intenta defender que se sostengan los derechos por los que siempre ha luchado y en ocasiones conquistado. ¿Cómo ve usted ese proceso? ¿Lo observa también? ¿Cómo se puede explicar?

ES: Los neoliberales se apropiaron de la idea de reforma. Antes, se trataba de reformar la base, era reforma agraria y reforma urbana. Ellos, los liberales, con la idea de que el problema es el Estado vienen con un discurso de criminalización del Estado. Entonces, las reformas que se hacen son reformas orientadas a la privatización, son todas reformas neoliberales. Aparecen como reformas, pero en realidad son iniciativas contra la democracia. Pero ocurre que la derecha se apropió de la idea de reforma. Y los medios, asimilan eso. Son todas reformas administrativas que debilitan al Estado. Reformas tributarias que, para las empresas, significan siempre simplificar los impuestos. Hablan de reforma tributaria y entonces los empresarios sonríen, porque van a pagar menos impuestos, aun menos que lo que venían pagando. No hay todavía una idea de que la reforma tributaria es democratizar e impedir que la carga tributaria fundamental recaiga sobre los sueldos, sobre los salarios, sobre los trabajadores. Entonces, ellos se apropiaron de eso. Es una contrarrevolución muy grande que viene de los 80 más o menos. Donde el vocabulario, los temas, la agenda, fue apropiada por ellos, mientras nosotros pasamos a la defensiva. Con el marco general ¿de qué? Del fin de la Unión Soviética, etc., etc. Entonces, también la idea es que estamos condenados al capitalismo. Y el tema del desgaste del Estado es fundamental para nosotros, fundamental para que implementemos una reversión de ese debate. Y que nuestra agenda de reformas se imponga y no que parezca que los gobiernos son de retroceso porque no avanza la reforma. La reforma de ellos es la mercantilización de la sociedad. Es el debilitamiento del papel del Estado. No es la reglamentación de la economía por el Estado. No, no, es la liberación

de los mecanismos mercantiles, la libertad de mercado. Entonces, es un trabajo largo el que nos espera.

Yo creo que ustedes ya conocen mi libro, es que tengo un libro que publiqué y que salió en Argentina, por Editorial Colihue. Hay una frase de Perry Anderson que yo puse acá, que es «*Cuando finalmente la izquierda llegó al poder, había perdido la batalla de las ideas*». Cuando el gobierno progresista gana, el plano ideológico está totalmente revertido. Entonces en Brasil, hemos elegido y reelegido gobiernos, gracias a las políticas sociales; pero no hemos revertido el clima cultural, incluso, el clima democrático. Imagínense en Brasil, cuando ellos tumbaron a Dilma Rousseff, nosotros no tuvimos fuerza para movilizar a la gente y defender la democracia. La gente votó por las políticas sociales, pero igual la derecha tumbó a Dilma sin ninguna razón, sin nada que lo justificara. Y nosotros no avanzamos en la cultura democrática, en la idea de la democracia, en la defensa de todo régimen democrático. En democracia la mayoría impone su voluntad. Y nosotros no tuvimos esa fuerza. Yo hice un artículo, creo que salió también en el diario *Página 12*, diciendo que la debilidad mayor fue no haber concientizado, lograr la conciencia democrática de la gente, que es la conciencia política, no es sólo lo social, es fundamental que sean las políticas sociales las que atiendan las necesidades de la gente. Pero que la gente tenga conciencia que, si no hay democracia, pasa lo que está pasando en Brasil. El desastre en Brasil vino porque se rompió la democracia.

AR: Es una batalla cultural... Emir, el mundo que viene, tras la pandemia, ¿es global o es desglobalizado? ¿Cómo lo ves?

ES: El siglo es el siglo de disputa hegemónica entre la decadencia relativa de Estados Unidos y la ascensión de los Brics⁵. Un conjunto de países emergentes. Esa es la disputa del siglo. Se ha acelerado porque China se ha fortalecido económicamente, Estados Unidos se ha debilitado. Yo estoy haciendo un gran ensayo para la segunda edición del libro, que va a tratar justamente eso, la izquierda en la era de la pandemia, ¿qué es lo que pasará? Pero la disputa está abierta. No está decidido que se va a restaurar el mundo tal cual era antes. La disputa económica del mismo Biden tiene que ver con eso. Ni que será necesariamente un mundo nuevo. La gente saldrá mejor o peor, de una cosa tan traumática como la pandemia, igual no. Entonces, es un poco temprano todavía para imaginarlo.

5. Brasil, Rusia, China, India y Sudáfrica.

Yo creo que América Latina, si Lula es elegido, se hace una entre alianza Brasil, México, Argentina, estamos bien para retomar la coordinación, tener un modelo de sociedad distinto, un modelo antineoliberal, articulado, teniendo un papel más importante en el mundo. Imagínese, primera vez en nuestra historia que Brasil, Argentina, y México se reúnen en un proyecto progresista, hegemónico. Tres grandes estadistas, Alberto Fernández, López Obrador y Lula. Entonces, yo soy optimista. Falta que Lula gane en Brasil, cosa que es muy probable que pase. En el artículo que sale mañana en Página 12, cuento que ya en la primera encuesta hecha presencialmente, no por teléfono, Lula tiene 18 puntos de ventaja, tendiendo a aumentar. Entonces, soy optimista, pero debemos disputar, ningún viraje histórico se hace por sí solo y va en una dirección determinada, es una disputa,

todos están shockeados por lo que pasó y lo que está pasando. Pero, qué resultado vamos a tener es todavía una disputa política, una disputa ideológica.

AR: ¡Muchas gracias Emir! Un gusto siempre tenerte cerca. Gracias te dice Latinoamérica, te agradece todo lo que haces. Sos para mí el intelectual más importante de la región. Un abrazo gigante.

ES: El más importante es Álvaro García Linera.

AR: Bueno, están ahí. Están los dos en el podio.

BGG: Adiós Emir. En nombre de la comunidad de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires, ¡muchas gracias por este encuentro!

Artículos centrales



Artículos centrales

Derecho a la Salud y Sistemas Integrados Lecciones de la Pandemia

Mario Rovere^{a 1}

Fecha de recepción:	13 de julio de 2021
Fecha de aceptación:	19 de julio de 2021
Correspondencia a:	Mario Rovere
Correo electrónico:	roveremario@gmail.com

- a. Médico Sanitarista. Director de la Escuela de Gobierno “Floreal Ferrara”, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ex Viceministro de Salud de la Nación. Ex Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de la Matanza.

Resumen:

Se presenta a consideración una reflexión en tono ensayo, sobre las reformas necesarias en el sistema de salud de la Argentina; tomando en cuenta el desempeño del mismo, en la pandemia de SARS Covid19. Se refieren diversas iniciativas políticas de reformas de carácter sistémico, considerando que ellas solo pueden ser encaradas a través de decisiones legislativas, las únicas que, por principio, pueden cambiar las reglas de juego alcanzando a todos los agentes que convergen en el amplio campo de la salud en un país federal. El trabajo concluye con una serie de preguntas interpretando que el momento histórico que atraviesa el país y el mundo requiere una profunda revisión para enfrentar problemáticas similares o mas complejas que la actual que dista mucho de haber concluido.

Palabras clave: Reformas de los sistemas de salud - Agentes de salud - Financiamiento - Recursos humanos - Fuerza laboral - Tecnologías - Legislación - Políticas de salud - Pandemia.

1. Aunque las opiniones aquí vertidas son de mi exclusiva responsabilidad la preparación del presente trabajo coincidió con el fructífero intercambio con un equipo de sanitaristas experimentados en técnica legislativa y en gestión del subsector público y de la seguridad social: Virginia López Casariego, Francisco Leone, Giglio Prado, Norberto Schaposnik, mi agradecimiento hacia ellos.

Summary

This article, in an essay genre, tries to promote a discussion about the necessary reforms in the Argentine health system; considering its performance in the Sars Covid 19 pandemic. Various political reform initiatives in a systemic perspective are referred to, considering that it only could be addressed through legislative decisions, the only ones that, in fact, can change the rules of the game, reaching every agents that converge in the broad field of health in a federal country. The work concludes with a series of questions interpreting that the historical moment that the country and the world is going through requires a deep review to face similar or more complex problems than the current one that is far from being concluded.

Key words: Health systems reform, health agents, financing, human resources, labour force, legislation, health politics, pandemics.

Introducción

El segundo semestre del año 2021 ofrece una coyuntura excepcional para pensar y debatir sobre el sistema de salud que tenemos, el que el país necesita y el que nuestro pueblo se merece. Tras 18 meses de pandemia el mundo ha visto cambiar a una velocidad inaudita políticas, posiciones, valores, desarrollos científico- tecnológicos, comportamientos sociales, adhesiones y rechazos, en un caleidoscopio tan variado de acciones y de reacciones que, ciertamente, dificultan su más profunda comprensión.

En un somero intento de caracterizar la situación y casi desde el comienzo de la pandemia en marzo del 2020, se percibió a nivel mundial que *entre enfermar y no enfermar* cada Estado ponía en juego su capacidad política, su capacidad de gobernar, la de construir consensos, la de regular, la de comunicar, la que, cada país, cada sistema político, había construido a lo largo de muchas décadas. Así pudimos percibir gobiernos displicentes o negacionistas que minimizaron los riesgos o la importancia de la enfermedad, aquellos que ocultaron las cifras que permitieran medir la magnitud de la catástrofe, aquellos que dilataron todo lo posible las inevitables medidas y quienes pudieron sostener y asumir medidas cuarentenarias con distinto grado de acompañamiento de sus propias sociedades.

Pero, otra partida simultánea se disputaba *entre enfermar y no agravarse o entre enfermar y no fallecer*, es decir en la capacidad de los sistemas y servicios de salud -tan debilitados en las últimas décadas- para enfrentar, no solo la cantidad, sino la intensidad y gravedad de los casos, que puso a los sistemas de salud de todos los países del

mundo al borde del colapso. Entendiendo por colapso la imposibilidad material de brindarle a los ciudadanos y a las ciudadanas de sus respectivos países la información adecuada, la detección temprana, el seguimiento de contactos, el monitoreo de pacientes domiciliarios, los cuidados comunitarios y ambulatorios, y los cuidados intermedios o intensivos que según las formas clínicas de la enfermedad se pudieran necesitar.

Muchos han visto en esta pandemia una nueva prueba del desequilibrio planetario generado por el avance irrefrenable del ser humano sobre la naturaleza, un hecho que multiplica la posibilidad que diferentes agentes patógenos, en este caso un virus pueda saltar de unas especies a otras, e igual que en otros casos como viene sucediendo sistemáticamente frente a cada crisis del actual modo de producción dominante la ciencia y la tecnología resultan constituir la salida de emergencia, el salvavidas que puede llegar en su ayuda.

Semejante afirmación surge porque existe suficiente evidencia que la amenaza de pandemias, con microorganismos saltando entre especies es consecuencia directa de un modo expansivo y sin control de explotación de los recursos naturales. Y justamente eso es lo que cambió -para algunos países mucho más que para otros- el panorama 2021 respecto al 2020: ahora existen vacunas seguras y eficaces, pero no son para todos.

La generación, a velocidad nunca antes vista, de múltiples vacunas, seguras y eficaces, casi todas ellas con soportes que se utilizan por primera vez: como la aplicación modificada de otros virus o el uso de ARN mensajero, que en menos de un año comenzaron a ofrecer una salida, a construir una esperanza. Sin embargo, al

mismo tiempo comenzaron a disputar en un mercado oligopólico que tiene por el momento escasos compradores, básicamente los gobiernos, alcanzando a aplicar al momento que se escribe este artículo 2.700 millones de dosis aplicadas, pero el 80 % de ellas en el selecto grupo de los siete países de más altos ingresos del planeta.

La necesidad de una discusión sobre el sistema de salud alcanza niveles críticos cuando como consecuencia de una pandemia todos los sectores del Estado, la totalidad de los agentes económicos y la vida cotidiana de un pueblo se ven afectadas.

El sistema de salud argentino, como todos luego de esta catástrofe mundial, necesita ser revisado, actualizado, rediseñado y las fuentes principales para alimentar un debate nacional son básicamente los antecedentes políticos que procuraron reformarlo en el pasado, la herramienta de los “sistemas de salud comparados” -ahora actualizada en función de su capacidad de respuesta frente al vendaval- y los aprendizajes de una epidemia que como una verdadera “ergometría” puso a los actuales sistemas al límite y develó ampliamente sus debilidades y fortalezas.

Pero no solo eso, sino que citando aquella frase de Clemenceau sobre que “la guerra es un asunto demasiado serio para dejarla (solo) en manos de los militares” la sociedad y la política ahora más que nunca quieren “saber de qué se trata”.

Kamala Harris vicepresidenta de los Estados Unidos lo expresó con claridad durante la reunión del G20 dedicado a la salud convocando a que la salud pública deje de ser un campo reservado a los expertos, insinuando que debe formar parte de la formación de las nuevas generaciones políticas: en sus términos “A nivel nacional debemos planificar la seguridad sanitaria tal como lo hacemos con la seguridad nacional. Durante mucho tiempo la salud fue dominio de los líderes, de los expertos en salud; en esta era todos debemos ser líderes en salud. Esto es un imperativo” (Harris, 2021).

Los rasgos básicos de un sistema equitativo de salud

El costo de la promoción de la salud y de la atención de la enfermedad puede resultar inabordable para una buena parte de la población, y resulta especialmente penoso

si se espera un desembolso justo cuando la enfermedad *per se* afecta o destruye la economía familiar. La histórica frase “no hay nada más injusto que el pago de bolsillo cuando uno se enferma” continúa por décadas orientando las reformas progresivas de los sistemas de salud. Cuando se privilegia a salud como uno de los principales ejemplos entre los denominados “mercados imperfectos”, es decir aquellos en que la demanda no cuenta casi nunca con la información precisa y adecuada sobre lo que “compra”, en donde, además, a través de una prolija segmentación se constituyen monopolios u oligopolios para fijar precios abusivos o incluso se promueven prestaciones innecesarias, se entiende porque salud constituye uno de los sectores más atractivos de la economía mundial para la rápida y desproporcionada generación de riqueza.

Por ello de una manera u otra todos los sistemas hacen hincapié en diversas formas de concentración cooperativa de la capacidad de compra; para poder discutir la formación de precios, generalmente a través de la constitución de fondos a través del pago solidario y/o anticipado de servicios que por una combinación de factores, entre ellos la fuerte dependencia de insumos y de tecnologías extranjeras- incrementan sus costos incluso por encima de la inflación general de precios en la mayoría de los países.

Un sistema de salud equitativo pasa a ser entonces, aquel en que cada uno aporta según su riqueza y/o sus ingresos y en el que todos pueden ejercer su derecho a la salud en forma igualitaria.

Impuestos generales, tasas específicas, aportes salariales y de empleadores, cuotas de seguros privados y el pago directo de parte o de la totalidad de las prestaciones, configuran las diferentes formas como, con mayor o menor predominio de una u otra, se genera el financiamiento de la salud.

Otro factor a tener en cuenta es la cantidad de subsectores y de instituciones que tienen a su cargo la gestión de los servicios de salud ya que el costo de intermediación puede resultar muy significativo en función del grado de agregación o de fragmentación del sistema.

Estos rasgos generales se combinan de diferente manera ya que la mayoría de los sistemas de salud en el mundo son mixtos, es decir que conviven en diferente proporción subsectores públicos, privados y de la seguridad social.

Una dimensión adicional lo constituye la mayor o menor diferenciación entre instituciones que brindan efectivamente servicios de salud y aquellas que se dedican a administrar el financiamiento. Este debate instalado en la década de los 90's se orientaba a separar netamente la función "prestadora" de servicios del financiamiento con el objetivo de tratar de acotar o limitar el rol del Estado al de un mero financiador.

El sistema de salud "...que supimos conseguir"

Todos los actores y formadores de opinión del sector salud ya mucho antes de la pandemia expresaban "esto no da para más". Pero claro que muchos de ellos se sienten más cómodos cuando el debate sobre el sistema de salud no escala de las mesas de negociación sectoriales hasta instalarse en la arena política.

Fragmentación, sobreoferta relativa de factores, grave inequidad territorial y/o por rama de actividad, descreme, multi-empleo profesional, precarización laboral, enormes subsidios encubiertos, gastos excesivos en múltiples unidades de gestión, fuerte dependencia de insumos y de tecnologías importadas, opacidad en el sistema de financiamiento, baja reinversión en el sector y desvío de fondos hacia el circuito financiero, son algunos de los rasgos que a lo largo de las décadas hemos recogido de analistas de todos los signos políticos.

Las cifras son bastante precarias, pero alcanzan en su imprecisión -que es otro síntoma de la debilidad del sistema- para perfilar las dimensiones del sector. A lo largo de las décadas se asume que entre un 8,5 y un 10 % del PBI de la Argentina se dedica a salud (a lo largo del tiempo, en un país en el que la inflación forma parte del paisaje no solo se ha dudado razonablemente del porcentaje sino también del valor real de la moneda y de cómo se ha medido el PBI en cada momento histórico). Asumiendo que las cifras más optimistas lleven ese total a unos 40.000 millones de dólares por año, por debajo, pero no tan lejos, de los 1.000 dólares promedio por habitante por año, resulta imprescindible contrastar este nivel de gasto, o de inversión en salud con el de los Estados Unidos que hace años que ya superó los 10.000 dólares por habitante por año.

Si se nos permite la referencia para entender de que "mercado mundial" se trata: el impacto expansivo del denominado Complejo Médico Industrial de los Esta-

dos Unidos absorbe más de un 16 % del PBI más grande del planeta, constituyendo una masa monetaria superior a todo el PBI de Brasil. Como encuentra fuertes restricciones para crecer en su propio país en las últimas dos décadas se ha expandido y ha ido por la privatización total o parcial de los sistemas de salud, aun los más sólidos del planeta, llegando a debilitar la propia seguridad social europea. Y son justamente esos mismos sistemas -alguna vez admirados- quienes debieron enfrentar la pandemia con resultados marcadamente inferiores a los que históricamente hubiéramos esperado.

Volviendo a nuestro país, los recursos están distribuidos -como es habitual en los sistemas mixtos- en forma marcadamente inequitativa. Así la puja distributiva establece una inversión por habitante totalmente dispar: si se trata de quienes tienen como única cobertura el subsector público (UCSP) han estado muy por debajo de la inversión promedio del país por habitante, del mismo modo ocurre con las Obras Sociales pequeñas o de aquellas ramas de actividad que reúnen trabajadores con salarios bajos (peones rurales, construcción) subiendo en la escala hacia las Obras Sociales más poderosas y de allí a quienes cuentan con los planes más elevados de los seguros privados. Todo ello sin contar a quienes teniendo cobertura de Obra Social han transferido aportes a otras instituciones, generalmente los asalariados de ingresos más altos lo que se conoce en la jerga del sector como "descreme".

Si en el análisis del financiamiento del subsector público, que se realiza a través del libre acceso a una amplia red de servicios de salud, -único recurso para una parte significativa de la población, que por definición carece de un empleo estable-, se le restara el amplio subsidio en prestaciones a quienes sí lo tienen, que podría alcanzar la friolera de 1 % del PBI, la inversión per cápita queda reducida más aún.

A lo largo de un siglo el sistema de salud argentino ha estado en permanente deconstrucción como consecuencia de diferentes políticas que operaron en algunos casos intentando unificar y universalizar el acceso y la cobertura de los servicios de salud generalmente a partir de un rol protagónico del Estado y otros gobiernos que intencionadamente buscaron su debilitamiento y facilitaron procesos de privatización progresivos de baja visibilidad.

La actual infraestructura de servicios públicos configura un parque arquitectónico que incluye algunos edificios

que han superado holgadamente un siglo de existencia. Este extenso capital social reconoce oleadas de inversión muy diferentes a lo largo de ese período destacándose por orden de aparición los edificios construidos o inspirados por la ley que promovió el Dr. Domingo Cabred. Son en general, edificios pabellonados, inspirados en los hospitales franceses, con galerías cubiertas y techos muy elevados. Según Veronelli (2002), la Ley 4.953 de 1906, crea como dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (el cual tenía ya relación con la Sociedad de Beneficencia), la “Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales”

Contrasta esta iniciativa de “filantropía” con la generación de establecimiento de la denominada “revolución de la capacidad instalada” construidos con el liderazgo del Dr. Ramón Carrillo y la Fundación “Eva Perón” en el primer y el segundo gobierno peronista. En el período 1945-1954 se construyeron en el país 60 Institutos especializados, 52 centros de higiene materno-infantil, 141 hospitales, 37 centros sanitarios y 40 laboratorios (Ministerio de Cultura de la Nación, 2021).

A partir de 1956 la inauguración de nuevos hospitales o el mantenimiento de los existentes pasó a ser una práctica esporádica y excepcional. Casi hasta el 2011 en que una nueva oleada de “hospitales del bicentenario” expandió la oferta con énfasis en aquellos distritos más postergados. La relación camas públicas por habitante había venido retrocediendo y hubo que esperar casi 55 años para que la construcción de hospitales volviera a ser objetivo de política pública a través de los denominados “Hospitales del Bicentenario”, muchos de ellos inaugurados luego de cuatro años de una planificada suspensión de obra, pese a estar casi terminados.

Una fundamentada prédica de más de 40 años hacia el desarrollo de una atención desconcentrada y la generación de infraestructura de centros de salud intentó polarizar con la inversión en hospitales en nombre de la atención primaria de la salud (APS). Sin embargo, la pandemia puso de manifiesto hasta que punto el énfasis debe estar colocado en la organización de una red de servicios de complejidad creciente y amplia flexibilidad si se piensa en cambios súbitos en la morbilidad y en el genio epidémico de nuevas o renovadas amenazas sanitarias.

El subsector privado prestador de servicios creció en volumen e importancia merced fundamentalmente al financiamiento del PAMI, al de las Obras Sociales Sin-

dicales, las Provinciales y las de regímenes especiales y más tardíamente el de los seguros privados -conocidos en nuestro país como prepagas-. Así resulta posible estimar, que a principio del milenio ya constituían holgadamente más del 50 % de las camas del país.

Una parte significativa de este flujo de inversión en las últimas cinco décadas esconde un importante subsidio del subsector público que no logra transparentarse. Aunque no existen datos confiables del volumen de prestaciones que el subsector público brinda con demora o sin contraprestación alguna a Obras Sociales, a Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) a Seguros de siniestro automotor, etc. Pero si tomáramos como referencia un dato sistemático como el que publica año tras año el sistema de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (2021) podríamos observar por ejemplo para el 2019 (último reporte disponible) un dato curioso y preciso: cuando se analiza la proporción de personas embarazadas que cuentan con cobertura de Obra Social o Prepaga en la Argentina, sobre 282.174 mujeres, 57.156, el 20,5 % o más precisamente una de cada cinco eligieron tener su parto en un establecimiento del subsector público.

Un rápido sobrevuelo sobre el desempeño del sistema de salud en los últimos 75 años, nos permiten afirmar que: i. han existido gobiernos que apostaron fuertemente a crear infraestructura pública y gobernanza para el sistema de salud representada en buena medida en el nivel que se le otorgó a Salud en el Gabinete Nacional. Que ii han existido gobiernos democráticos o dictatoriales que se orientaron a fragmentar, descentralizar y privatizar el sistema de salud y que iii en todas las crisis económicas, sociales y sanitarias se probó una y otra vez que el subsector público es el principal recurso contra-cíclico, con que cuenta el país para enfrentarlas.

Otra lamentable constante es que sistemáticamente se desaprovecharon -en ocasiones intencionadamente- las oportunidades que las crisis generan para debatir, para argumentar, para decidir democráticamente el futuro del sistema de salud de nuestro país

Quien decide lo que hay que hacer, o lo que hay que reformar

La salud es una responsabilidad indelegable del Estado nacional en sus tres poderes y existen una abrumadora cantidad de argumentos históricos, jurídicos, economi-

cos, políticos y sanitarios para probar dicha afirmación. La , Constitución Nacional reformada en 1994, aunque no menciona explícitamente el derecho a la salud de los y las ciudadanas de nuestro país, ni la responsabilidad del Estado Nacional en garantizarlo, resulta muy claro respecto al carácter superior a las leyes de los tratados internacionales aprobados por el Congreso y a la obligación de éste de “ Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato , y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes...” (Art 23)

Al incluir entre los tratados expresamente mencionados con rango constitucional “Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes” (Art 22) el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” puede leerse en su artículo 12.

Los Estados partes, en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Entre las medidas que deben adoptar los Estados parte a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figuran las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

Resulta en consecuencia por demás evidente que más allá de poder delegar la ejecución concreta de estas obligaciones de rango constitucional, el Estado Nacional y sus tres poderes tiene la responsabilidad primaria e indelegable de garantizar estos principios.

Quizás por ello resulte tan desafortunada -y por lo que parece contraria a derecho- la acordada de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, debilitando la autoridad sanitaria del Poder Ejecutivo Nacional, en el auge de la segunda ola de la pandemia, dando razón a un Gobierno subnacional al desobedecer un Decreto de Necesidad y Urgencia.

Una nueva convocatoria, pero esta vez frente a una crisis sanitaria

En diciembre del 2020 en el Estadio único de La Plata y cinco meses después nuevamente en un acto frente al Hospital de Niños “Sor María Ludovica”, la Vicepresidenta de la Nación sorprendió, con una invitación a discutir, a pensar, a construir un sistema nacional integrado de salud. Un mensaje ratificado pocos días después por el presidente Alberto Fernández en un acto dedicado al envío al Congreso de la Nación de un proyecto de Ley de Enfermería.

Podría parecer prematuro si se considera que aun el enfrentamiento de la Pandemia está plenamente vigente, incluso en aquellos países que tienen altísimos niveles de vacunación. Pero justamente el mensaje incluyó la alineación de la propuesta como una forma de mejorar la capacidad de respuesta tanto a las impredecibles y sorprendentes mutaciones de este virus, como a nuevas amenazas que los expertos a nivel mundial prevén.

Tampoco se trató de un anuncio realizado en el vacío o sin antecedentes, ya que durante su propio mandato presidencial se había recuperado la iniciativa en la construcción de hospitales públicos, y 10 años atrás al promulgar la ley de regulación del sistema de empresas de medicina prepaga, (Ley 26.682) que parecía imposible de lograr ya expresaba:

“...creo que todos podemos hacerlo sin necesidad de pelearnos, ni de considerarnos enemigos porque estamos legislando y creo que así vamos a poder lograr muchísimas cosas, vamos a acordar que funcionen las prepagas, que funcionen las obras sociales y que lo hagan acorde con los verdaderos intereses, que nosotros sí debemos cuidar, que son los de los argentinos y de las argentinas...” (Cristina Fernández, 2011).

Importantes antecedentes en democracia

No se trata de la primera vez que desde la política se plantea una convocatoria de esta importancia. Una larga tradición de presidentes en democracia, se han ocupado personalmente del campo de la salud asistidos por algunos ministros, cuyos nombres, por su desempeño, por su trayectoria y por el respaldo político recibido han resistido el paso del tiempo.

“Aunque parezca increíble, hasta 1946 no existía en la República Argentina un organismo estatal encargado de velar por la salud

de su población” Escribiría años después Juan D. Perón refiriéndose primero a la Secretaría de Salud que luego de la Reforma Constitucional de 1949 alcanzó el rango de Ministerio conducido por el Dr. Ramón Carrillo.

En una brevísima referencia a la magnitud de la tarea de Carrillo durante sus 9 años de gestión Flores (2007) menciona que *“Los trabajos, que se llevaron a cabo por intermedio del entonces Ministerio de Obras Públicas, por la Subsecretaría de Construcciones del Ministerio de Salud y por la Fundación Eva Perón, darían como saldo la creación de 4.229 establecimientos sanitarios con 130.180 camas”* (Flores, 2007, p. 9). Muchos de esos establecimientos continúan brindando servicios, muchos constituyen el principal hospital de sus respectivas provincias y municipios y muchos están hoy enfrentando la pandemia.

Años después, un gobierno electo, aunque con la prescripción del Peronismo volvería a interesarse por la salud. *“Defenderemos la salud del ser humano en todos los ciclos de su existencia, con suficiente y sana alimentación, erradicando endemias y previniendo epidemias, aplicando científica y moderna medicina social, sanitaria y asistencial”*. Así se expresaba Arturo Umberto Illia médico y político radical en su mensaje de asunción presidencial. el 12 de octubre de 1963 en una gestión que quedó marcada por la férrea lucha contra los laboratorios multinacionales liderada por el Dr. Arturo Oñativia.

Quedará para la interpretación si esos mismos intereses afectados se incluye entre los argumentos sobre las razones que desencadenaron otro golpe militar como todos de nefastas consecuencias para el sistema de salud y para el país.

Diez años después otro profesional de la salud asumiría la presidencia de la Nación. *“Nuestro Gobierno propugnará el establecimiento de un sistema único Nacional de la Salud para el que no deben existir fronteras nacionales, provinciales o comunales y sindicales. Será el responsable de asegurar el flujo ascendente de la programación, canalizando las expectativas y necesidades populares, y tendrá como fin promover la integración entre las acciones de los equipos técnicos y las necesidades de la población y a su vez promoverá la toma de conciencia de otras necesidades en salud”*. Así se expresaba el presidente electo Héctor Cámpora el 25 de mayo de 1973 encomendándole al Dr. Domingo Liotta el diseño del que con modificaciones se denominó Sistema Nacional Integrado de Salud. Fue el propio presidente Perón quien en su tercer mandato generó las condiciones para que se convierta en Ley. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se con-

cretó a través del marco legal de dos leyes la 20748 y la 20749 de carrera sanitaria y fue implementado desde el año 1974 hasta que fue derogado por la dictadura militar.

El involucramiento personal de Perón en el SNIS quedó registrado por el propio Liotta en una entrevista periodística muchos años después. *“Perón reunió a toda la oposición para crear el Sistema Nacional de Salud (SNIS), que después fue ley. El SNIS fue importante: estaba destinado a ordenar la Salud Pública. Lástima que lo bajaron los milicos... Todavía hoy no se ha podido ordenar eso, y mire los años que han pasado. ¡Más de cuarenta!. Para hacer el SNIS llamó a casi toda la oposición. Para el SNS nosotros habíamos convocado gente de cualquier partido, Estaba la UCR, con Balbín. Perón siempre ponderaba lo bien que andaba con los radicales”*.

El SNIS comenzó su implementación en cuatro provincias argentinas pero pronto algunas más iniciaron procesos similares con fuerte financiamiento provincial. Una de sus principales características fue la incorporación de profesionales a dedicación exclusiva, muchos de ellos ex residentes, lo que generó un gran impacto en la población, pero en algunos casos fuertes tensiones con los colegios y asociaciones médicas locales que consideraron este fortalecimiento del subsector público como “competencia desleal”.

Pasaron otros 10 años para volver a escuchar un pronunciamiento en algún sentido convergente. *“No queremos una atención de la salud para los pobres y otra para sectores más favorecidos. Debemos por lo tanto profundizar el ejercicio de la solidaridad nacional, dentro de la amplia concepción de la seguridad social expresada en el artículo 14 bis de nuestra Ley Fundamental. Por ello una decidida participación del Estado, junto a los trabajadores, en la gestión de las obras sociales, encuadrará su acción dentro de una política nacional de la salud unificada y coherente, garantizando además el uso irreprochable de sus recursos para los solidarios a que están destinados”*. Requisito indispensable para alcanzar muchas de nuestras metas en la salud en el ordenamiento y jerarquización de las profesiones y tareas técnicas que se cumplen en esta área. ...toda esta acción se desarrollará como parte de un sistema nacional de salud, destinado a cubrir las necesidades de toda la población, que será estructurado y puesto en marcha a través de las leyes que vuestra honorabilidad analizará y sancionará oportunamente.” (Raúl Alfonsín, 1983). En su mensaje inaugural de gestión el presidente Raúl Alfonsín, en diciembre del 1983 anunciaba la compleja negociación que su Ministro, el Dr. Aldo Neri llevaría adelante y que se plasmaría en la Ley 23.661 promulgada en enero de 1989 una Ley nunca implementada, ni derogada que define claramente que su objetivo fundamental

“es proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva”.

Pasaron otros 13 años para que el presidente Néstor Kirchner en su discurso de toma de posesión el 25 de mayo del 2003 declarara: *“Es objetivo de gobierno concretar un Sistema Nacional de Salud, que se consolidará en una red en la que el hospital público será un eje referencial, con los demás centros de salud, públicos o privados, para ser pilares estratégicos de la atención primaria de salud, integrándose con las políticas de contención social para avanzar en la tarea de prevención. El objetivo de dar salud a los argentinos impone que se asuman políticas de Estado que sean impermeables a las presiones interesadas, por poderosas que sean, provengan de donde provengan”.*

La década que allí se inicia será caracterizada por un plexo de leyes que expandieron y concretaron diversos derechos entre los que merecen mencionarse la Ley 25.871 de Política Migratoria sancionada en diciembre del 2003 y reglamentada en ocasión del Bicentenario de nuestro país, que explícitamente habla del derecho a la salud de los migrantes, sean estos documentados o no, la Ley 25.929 de Parto Humanizado sancionada en agosto del 2004, la ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes sancionada en octubre del 2005, la ley 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de la Salud sancionada en octubre del 2009, que fijó pautas sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, la Ley 26.586 de creación del Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de drogas, la Ley 26.618 conocida como de Matrimonio igualitario de diciembre del 2010, la Ley 26.657 de Protección de la Salud Mental sancionada en noviembre del 2010, la denominada ley de fertilización asistida 26.862, mas precisamente de “Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico-asistenciales de Reproducción Asistida” de junio del 2013.

No puede dejar de mencionarse, entre los avances legislativos de la década la sanción de un nuevo Código Civil y Comercial sancionado en octubre del 2014 bajo la Ley 26.994 que viene a cerrar un ciclo de “las 26 mil”, las denominadas leyes garantistas y que cambia hasta dimensiones instituyentes aun poco estudiadas los marcos para, a partir de su sanción, poder hablar más sólidamente del derecho a la salud en nuestro país.

Los grupos más activos del campo de salud mental, de

perspectiva de género y de derechos de las personas con discapacidad resaltan el carácter progresista del Código. Al respecto Rebaudi Basavilbaso (2018) señala *“Los operadores del sistema de justicia, en el caso del derecho a la salud, abogados, jueces, peritos médicos, partes involucradas, irán analizando y aplicando el Código Civil y Comercial de la Nación, a la luz de la Constitución Nacional y de los tratados de Derechos Humanos en los que la Argentina es parte, lo que va a implicar un cambio tanto de la jurisprudencia como de la doctrina, y en definitiva de la solución de los casos concretos de los justiciables, los que seguramente ampliarán el sentido de justicia del derecho a la salud de todos los ciudadanos”* (Rebaudi Basavilbaso, 2018, p.15).

Como curiosidad en un mundo en que las noticias falsas y la denominada “infodemia” están siendo monitoreadas como parte central de la problemática de salud el artículo 1101 del nuevo Código establece “Está prohibida toda publicidad que: a) contenga indicaciones falsas o de tal naturaleza que induzcan o puedan inducir a error al consumidor, cuando recaigan sobre elementos esenciales del producto o servicio. C) sea abusiva discriminatoria o induzca al consumidor a comportarse de forma perjudicial o peligrosa para su salud o seguridad.

Una buena parte del plexo de estas y otras leyes garantistas de derechos se han sancionado no solo por la voluntad de los legisladores sino por una activa participación ciudadana con frecuencia los interesados directos, militantes, profesionales, organismos de derechos humanos, movimientos sociales que progresivamente van creando condiciones para una democracia participativa.

Sin embargo, resulta más difícil identificar ¿quiénes serían los protagonistas de un debate nacional sobre un Sistema Nacional de Salud, para impedir que quede limitado a un debate de lobistas, de grupos de interés, para ampliar la base de discusión y facilitar el involucramiento de ciudadanos y de trabajadores de salud?

Una tarea posible es la de convocar a quienes han militado estas leyes, o las mas recientes como la ley 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo o la Ley 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia conocida como la Ley de los 1.000 días en el entendido que en largo ciclo que va desde que una Ley es sancionada, promulgada y reglamentada hasta que logra instalarse en la cultura de la sociedad y sobre todo de las instituciones, pasa mucho tiempo y se requiere mucho esfuerzo. Justamente tiempo y esfuerzo que se ven aliviados cuando un país cuenta con un Sistema Integrado de Salud.

Ejes posibles para la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud

A modo de un breve listado de posibles interrogantes y ejes de debate se puede plantear en forma de preguntas organizadas de tal manera que faciliten su caracterización.

Alcances del Sistema de Salud

La noción de sistema de salud en la bibliografía internacional, por complejo que esto resulte para los legisladores no se limita a articular una red de servicios, en consecuencia, cabe la pregunta:

¿Estaría en discusión apenas la articulación de jurisdicciones y de subsectores?, o debería incluirse en esta consideración los “subsistemas” i. de formación, ii. de producción e incorporación de recursos humanos (relación con las Universidades y las Escuelas Técnicas Superiores por ejemplo) y iii. de materiales sanitarios (como insumos, medicamentos, tecnologías, edificios).

¿Un sistema nacional integrado de salud podría concretarse a través de una ley como ocurre con la ley nacional de Educación?

¿El amplio plexo legal existente justificaría ser reunidas en una suerte de Código Sanitario como ocurre en otros países al estilo del Código Alimentario?

Gobierno y Gobernanza

¿Debería crearse un Consejo de Seguridad Sanitaria, de carácter intersectorial e interinstitucional con un equipo técnico político capaz de monitorear amenazas globales e involucrarse más activamente en los organismos internacionales en donde se discute la salud internacional?

¿Debe darse por cerrado el debate para establecer en que se traduce concretamente el rol rector del gobierno nacional en salud? ¿Es admisible la libre interpretación de los vacíos constitucionales para minimizar el rol del gobierno nacional?

¿Debería modificarse el decreto ley 22373/81 del Gobierno militar que regula el funcionamiento del Consejo Federal de Salud (COFESA)? ¿Debería el COFESA tener atribuciones decisorias?

¿Qué instancia o instancias deben garantizar la equidad global del sistema?, es decir ¿Cómo y quienes desarro-

llaran los mecanismos compensatorios (en dinero o en recursos o ambos) para que todos los habitantes del país tengan acceso a servicios de calidad, con la capacidad resolutive que, el mejor estado del arte del momento exige, sin diferencia de edad, de empleo, de territorio o de cobertura?

¿Cómo poner en red toda la infraestructura pública de servicios de salud del país, articulando diversas instancias de gobierno?; (Nación, Provincias, Municipios, hospitales universitarios. o de las Fuerzas Armadas).

¿Cómo generar mecanismos compensadores para evitar que Provincias y sobre todo Municipios se sientan tentados “a alambrar”?, es decir a exigiendo domicilio efectivo en su territorio para poder acceder a servicios públicos?

¿Cómo compatibilizar en un sistema en donde el subsector público se organiza territorialmente con una lógica federal y en algunos casos municipalizada con una seguridad social y empresas prepagas que son predominantemente unitarias y deciden la asignación de recursos desde la Capital Federal?

¿Cuál es el rol de las Obras sociales provinciales en el juego?

¿Qué formas de retribución del trabajo profesional permiten articular mejor los sistemas? ¿Pago por prestación?, ¿Pago per cápita o cartera? ¿Salario directo e indirecto?

¿Cómo garantizar el cumplimiento de la vigilancia epidemiológica de todas las enfermedades incluidas en el sistema por parte de efectores privados y de la seguridad social?

Financiamiento

Considerando los impuestos, los aportes salariales y el pago o prepago de bolsillo como las principales fuentes de financiamiento del sector:

¿Cómo enfrentar las estrategias de los formadores de precios nacionales e internacionales que detentan posiciones oligopólicas sobre insumos críticos?

¿Cómo transparentar los múltiples subsidios cruzados entre subsectores?

¿Cómo garantizar la equidad en la distribución territorial de fondos públicos proporcionales al tamaño de

población que solo tiene como cobertura al subsector pública?

¿Debería inhibirse que los agentes financieros del sector diversifiquen sus inversiones invirtiendo en otros sectores como el financiero o el de los medios de comunicación?

¿Cuál es la evaluación sobre las consecuencias de la libre elección de Obras Sociales y/o el pasaje a las prepagas sobre el financiamiento del sector a 20 años de su implementación?

👉 Eficacia de gestión

Entendiendo que existen innumerables unidades de gestión que se han ido consolidando con el tiempo por diversos motivos:

¿Es imaginable la creación de Escuelas de Gobierno en Salud, en todas las provincias? ¿sería exigible tener formación específica y dedicación exclusiva para dirigir servicios de salud?

¿Cómo mejorar la gestión sanitaria en el sentido de una calidad que esté centrada en las y los ciudadanos?

¿Es imaginable una clave única sanitaria que incluya a toda la población documentada del país como en el caso del CUIT o del CUIS, que sea utilizado por el subsector público y por todas las instancias aseguradoras? ¿Se deben reducir las instancias de gestión? ¿Podrían ingresar en formas cooperativas, por ejemplo para compras consolidadas de insumos estratégicos?

👉 Gestión del trabajo

¿Dedicaciones extensas, dedicación exclusiva o multitiempo?

Contamos con una fuerza laboral muy diversa, estratificada, con contratos laborales precarios, muchas veces sobreespecializada, y que, en innumerables casos, alcanza su expectativa de ingresos trabajando en diversos servicios.

¿Procede entonces la pregunta sobre la pertinencia de promover sistemas de dedicación completa o exclusiva para una proporción razonable de la fuerza laboral? ¿Para que profesiones? ¿Para qué servicios?

¿Alcanzaría a constituir un mecanismo protector para los denominados contagios horizontales?

Al menos así parece, para que cuando se enfrenta un panorama epidemiológico complejo, no solo en el caso de pandemias sino para reducir -lo que es hoy ya una preocupación mundial- el riesgo cierto de incremento de la resistencia de múltiples bacterias a los antimicrobianos conocidos.

¿Debería existir una carrera sanitaria nacional?; o tal vez ¿Una paritaria de referencia nacional como existe en Educación?

Probablemente la posibilidad que, una significativa porción de los trabajadores de salud tenga una dedicación completa en un solo subsector, especialmente cuando se trate de atención directa de pacientes puede generar un mejor control epidemiológico además de un mayor compromiso con las instituciones contratantes.

👉 Modelo de atención y de cuidado

¿Es hora de replegar o de desplegar la Atención Primaria?

El modelo de atención y cuidado de la población ha sido desde hace 45 años tensado en el ámbito internacional por la denominada Atención Primaria de la Salud. A pesar de diversas experiencias exitosas se puede afirmar que hasta el momento no ha constituido un concepto organizador del sistema de salud argentino, pese a avances parciales en el subsector público y experiencias más acotadas en algunas redes de hospitales privados y obras sociales con infraestructura propia.

¿Podría la atención primaria de la salud constituir una base de acuerdo para modificar el modelo de atención y lograr que los subsectores privados y de obras sociales vayan más allá de constituir seguros de enfermedad?

👉 Nuevas tecnologías

La pandemia ha impulsado un enorme interés y visibilidad sobre el sistema científico tecnológico. Tecnologías de la información y la comunicación, secuenciadores genómicos distintas técnicas de diagnóstico rápido, terapias inmunológicas, vacunas realizadas sobre soportes, nunca antes utilizados, equipamientos portátiles. En definitiva, un fuerte impacto sobre los sistemas socio-técnicos que, en nuestro sector se suele mover con desconfianza y parsimonia.

¿Serán los aprendizajes de la pandemia generadores de una mayor atención sobre la investigación y los desarrollos tecnológicos?

¿Se abrirán nuevos canales de dialogo “traslacionales” entre investigadores y tomadores de decisión?

¿Impulsará la pandemia la producción nacional y la producción pública de vacunas, de medicamentos, de kits de diagnóstico?

¿Será el momento de ingresar definitivamente y en gran escala en tele- salud y en tele- educación saldando en parte la tendencia a la concentración geográfica de las oportunidades?

👉 La universalidad a un costo accesible

¿Se puede combinar o compatibilizar la lógica de sistemas con la lógica de seguros?

Elegir el nombre “sistema” en América Latina es una opción que supone reafirmar que se está hablando de una reforma de carácter predominantemente político y no predominantemente dictada por la negociación de intereses económicos.

Es cierto que, a grandes rasgos solo el Estado trabaja con base territorial y poblacional, concentra las medidas preventivas y promocionales realiza inteligencia epidemiológica y puede desde allí articular con otros sectores medidas excepcionales de carácter preventivo.

Pero ¿Qué Estado? ¿El nacional?, ¿El provincial?, ¿El municipal?

¿Qué tipo de instalaciones necesitaremos a futuro?

Antes de la pandemia el repliegue de las enfermedades infecciosas y el incremento de enfermedades crónicas promovió una tendencia que parecía consolidarse: concentrar en grandes establecimientos hipercomplejos las camas hospitalarias para intervenciones complejas reducir el número de camas y promover el alta precoz y la internación domiciliaria.

La pandemia ha puesto sobre la mesa la importancia de articular mejor la red de servicios y las estrategias de atención y cuidado y pensar infraestructuras mucho más flexibles capaces de ampliar rápidamente su capacidad instalada.

👉 El carácter didáctico de las crisis

A pesar de los rasgos ya descriptos, tal vez por aquello de “no nos une el amor sino...la necesidad”, el sistema

de salud fue de alguna manera y en diversas proporciones según los territorios, capaz de articularse en la crisis. La circulación de la pandemia dentro del país, desde los sectores de mayores ingresos hacia los de menores ingresos, desde el área metropolitana hacia el interior, desde las ciudades más pobladas hacia las más pequeñas fue alternando que servicios, que subsectores estaban saturados y quienes contaban con capacidad disponible. La pandemia pasó en todos los países como un resaltador de inequidades. Las inequidades en el riesgo de enfermar, se asociaron con las inequidades en la posibilidad de atenderse entre provincias, entre localidades entre obras sociales, entre municipios, etc., etc.

Frente a ese espectáculo el Estado, el subsistema público volvió a demostrar tal como ya ocurrió en otras crisis no solo capacidad de expandir dramáticamente su capacidad resolutive sino de asumir el rol coordinador de los esfuerzos sectoriales incluyendo la resolución de problemas insolubles para operadores más pequeños.

Importación en gran escala de insumos y equipamiento vital para enfrentar la pandemia, sistemas integrados de información y de gestión de camas, complementaciones territoriales, protocolos estandarizados, adquisición y organización de la campaña de vacunación más amplia y extensiva de la historia, entre otros ejemplos de diverso alcance de aplicación, complementación con el PAMI y algunas Obras Sociales provinciales demuestran que una mayor integración del sistema es posible sin perjudicar a nadie.

👉 A modo de invitación: los derechos y el derecho

Los diversos subsectores de salud han acumulado a lo largo del tiempo fortalezas y debilidades que al ser confrontados con una posibilidad de integración requieren importantes adecuaciones. La tensión entre mercantilizar o burocratizar el cuidado de la salud no es una opción aceptable.

No pareciera que se trata de subsumir un subsistema al otro, parecería más bien que se trata de poner en el centro a las y los ciudadanos, con sus necesidades, con sus expectativas y con su participación.

Resultan medidas inmediatas el abrir un debate con la sociedad porque de lo contrario el tema quedaría encerrado en apenas una mesa de negociación de grupos de interés.

El subsector público luego del desempeño en la pandemia no puede ni debe retroceder ni en su capacidad de respuesta, ni en su rol articulador con los otros subsectores. Este no es un juego de suma cero. No se trata de que un subsector avance sobre otros se trata mas bien de un gran acuerdo para enfrentar juntos un complejo médico industrial transnacionalizado que viene inviabilizando los sistemas de salud en el mundo.

Estrategias compartidas tales como sustitución de importaciones, producción pública, compras conjuntas, complementariedades territoriales en capacidad resolutive, investigaciones multicéntricas colaborativas, formación técnica y profesional hay en la integración muchos más beneficios que suspicacias o que amenazas que dialogando se pueden disipar.

No podemos copiar modelos de otros países, aunque si podemos aprender de ellos. El Sistema que surja de la discusión política, de la discusión de los actores y fuerzas sociales será sin dudas un modelo adecuado a las necesidades y a las posibilidades de nuestro país.

Muchas problemáticas específicas han devenido derechos especialmente en las últimas dos décadas, en muchos casos por iniciativa, por movilización de diferentes estamentos de nuestra sociedad. Resulta hasta cierto punto más sencillo convocar, discutir y movilizar por causas tangibles, por resultados visibles que discutiendo sobre el funcionamiento del sistema como un todo.

Por ello resulta fundamental convocar a todos y todas quienes en el pasado reciente se movilizaron por las leyes de Salud Mental, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Derechos del Paciente, Salud Sexual y reproductiva, ley de prepagas entre otras tantas en el entendido que es la hora de poner en consideración la integración de un sistema mixto y pluralista pero capaz de garantizar igualdad de derechos a todos y todas.

Cada vez que surge una tecnología eficaz para prevenir o modificar favorablemente el curso de una enfermedad nace un derecho, en consecuencia, el derecho a la salud se configura como un verdadero objetivo móvil, como una permanente conquista.

Es por ello necesario convocar a todos los sectores involucrados ministerios provinciales, sindicatos, legisladores, universidades y empresarios pero sin dejar de lado la invitación expresa a la sociedad civil y especialmente a los y las simpatizantes, activistas y formadores/as de opinión del plexo de derechos generados en las dos últimas décadas, invitación a sumarse, a discutir a fondo, los derechos conquistados inscriptos en el más amplio e integrador concepto de derecho a la salud, herramienta fundamental para consolidar que cada uno de los derechos adquiridos, legislados y reglamentados se instituyan definitivamente en la cultura institucional de un sistema integrado de salud.

Bibliografía

- Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2021). Estadísticas vitales. Información básica Argentina - Año 2019. Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, Ministerio de Salud de la Nación. Serie 5 Número 63. ISSN: 1668-9054 Buenos Aires. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero63.pdf>
- Fernández, Cristina [Casa Rosada] (16 mayo de 2011) [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=qs_dn421I2U
- Flores, María Elena. (2007). Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Ramón Carrillo. Argentina. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en <https://cdsa.academica.org/000-106/77.pdf>
- Kamala Harris (2021). Presentación en la Cumbre G20 dedicada a la salud.
- Mensaje presidencial del Dr. Raúl Alfonsín a la Honorable Asamblea Legislativa, Buenos Aires, 1983. Disponible en <https://www.el-historiador.com.ar/raul-alfonsin-tenemos-un-metodo-la-democracia-para-la-argentina-tenemos-un-combate-vencer-a-quiénes-desde-adentro-o-desde-afuera-quierén-impedir-esa-democracia/>
- Ministerio de Cultura de la Nación (7 de marzo 2021) Ramón Carrillo, el primer ministro de Salud de la Argentina. Disponible en: <https://www.cultura.gob.ar/ramon-carillo-el-primer-ministro-de-salud-de-la-argentina-10215/>
- Rebaudi Basavilbaso, Ignacio M. (2018) El Derecho a la Salud a la luz del Código Civil y Comercial de la Nación. Revista Jurídica, N°1. Disponible en <https://www.amfjn.org.ar/2018/02/20/el-derecho-a-la-salud-a-la-luz-del-codigo-civil-y-comercial-de-la-nacion/>
- Veronelli JC y Veronelli M. (2002) “Los Orígenes Institucionales de la Salud Pública Argentina” Tomo 2 Buenos Aires OPS/OMS

Artículos centrales

Una apuesta a la *densidad institucional.* Propuesta de un concepto para pensar la relación de instituciones sociales públicas y políticas sociales

Ana J. Arias^a

Fecha de recepción:	14 de junio de 2021
Fecha de aceptación:	22 de junio de 2021
Correspondencia a:	Ana J. Arias
Correo electrónico:	anajarias@gmail.com

a. Trabajadora Social. Doctora en Ciencias Sociales (UBA).
Profesora e investigadora UBA y UNLP.

Resumen:

Las instituciones sociales públicas han vivido un proceso de desgaste provocado por un complejo proceso, tanto en su dimensión material como en su dimensión simbólica. Consideramos que parte de este desgaste se refleja en las categorías o conceptos utilizados para analizar a las mismas, y exige construir nuevas propuestas para entender, pero también transformar a las mismas.

En este artículo presentaremos primero el escenario en el cual consideramos que revisar las categorías con las que pensamos la relación política social - instituciones es relevante; en segundo lugar, analizaremos la forma en que ha sido utilizado el concepto de densidad institucional como un atributo territorial. Por último, propondremos el concepto de densidad institucional como un atributo interno, pero fuertemente vinculado con los sistemas de política social, y presentaremos las dimensiones que consideramos que la componen, como un elemento constitutivo de la capacidad institucional.

Palabras clave: Densidad Institucional - Instituciones - Política Social.

Summary

Public social institutions have lived a process of stress generated by a complex process both in its material and its symbolic dimension. We consider that part of this stress is reflected on the categories or concepts used to analyse them and demand building new proposals to understand but also to transform them.

In this article we will first present a stage in which we consider that reviewing the categories with which we think the relationship between social policies and institutions is relevant; secondly, we analyse the way in which the concept institutional density has been used as a territorial attribute. Finally, we will propose the institutional density concept as an internal attribute but strongly linked to the social policy systems and we will present the dimensions that we think compose it as a constitutive element of the institutional capacity.

Key words: Institutional density, institutions, social policies.

Introducción. Las instituciones no son (sólo) ejecutoras de proyectos

Es frecuente la vacancia de evaluaciones que identifiquen los efectos de las políticas sociales en las instituciones sociales públicas. De hecho, no es difícil arriesgar que no todas las políticas tienen efectos fortalecedores de las instituciones sino que en muchas oportunidades pueden debilitarlas.

La crisis de las instituciones en general, en especial la de las instituciones sociales públicas, y en este conjunto englobamos a las organizaciones de los sistemas públicos (escuelas, hospitales, centros de salud, servicios sociales, oficinas municipales, etc.) amerita revisar las formas de su tratamiento.

Existe consenso en las/los investigadores en identificar un proceso de crisis o deterioro en las instituciones sociales. Tanto la idea de declive (Dubet: 2006), la de instituciones estalladas (Fernández: 1999) como la de desinstitucionalización (Kessler y Merklen: 2013) muestran estos elementos. Asimismo existe consenso en el efecto planificado de este deterioro por parte de las políticas vinculadas al ajuste o al achicamiento del estado, que han sido características de las propuestas neoliberales. Este proceso se ha dado de manera paralela a la crisis de las instituciones en su monopolio sobre algunas funciones sociales, conjuntamente con el aumento de la mercantilización de las prestaciones sociales. Sin

duda estos elementos dan cuenta de la crisis del Estado como institución organizadora de la vida común (Dubet: 2006; Fernández: 1999).

Incluso en etapas en donde se buscó fortalecer la capacidad regulatoria estatal como las encaradas por los gobiernos de la primera década del siglo reconocidos con orientaciones nacionales y populares (Vilas: 2011) no ha habido un correlato necesario con los mecanismos de fortalecimiento de las capacidades estatales (Giménez: 2018). Incluso, y aunque no abordaremos este tema aquí, la supremacía de la lógica de proyectos como organizadora de la política ha sobrecargado, cuando no debilitado las capacidades estatales.

Una de las cuestiones que tiene efectos sobre las instituciones refiere al cambio del lugar de lo institucional en el formato de políticas sociales y su relación con la consideración de las mismas como ejecutoras de proyectos y no como el lugar principalmente de socialización o de acción. Es distinto pensar a las instituciones como el lugar donde se gestionan proyectos o como un espacio con un proyecto propio, sostenido en un rol o función social.

Entendemos que una propuesta pública sobre áreas como promoción social, educación, salud, exige de intervenciones sostenidas en el tiempo, que construyan referencias sólidas, que operen sobre las formas de socialización; necesitan instituciones potentes, no sólo efectoras. Asimismo, las instituciones requieren de gra-

dos de “densidad” que les posibilite desarrollar su tarea. En función de esto es que consideramos relevante el análisis de las categorías para analizar el vínculo políticas sociales e instituciones y a las dimensiones que conforman mayor densidad en las mismas.

Antecedentes de los abordajes sobre densidad institucional y otros usos de la categoría de institucionalidad social, densidad institucional y conceptos relacionados

El maestro economista Aldo Ferrer presentó el concepto de densidad nacional para hablar de un conjunto de atributos que hacían posible pensar el desarrollo nacional. El autor de “vivir con lo nuestro” planteó un conjunto de atributos que referían a la capacidad de los países.

La densidad nacional (...) abarca al conjunto de circunstancias que determinan la calidad de las respuestas de cada nación a los desafíos y oportunidades de la globalización. Y es determinante, por lo tanto, de su desarrollo o atraso, de su autonomía o subordinación. (Ferrer: 2004:10).

En el análisis se presenta que la densidad se construye en la historia, se relaciona con la capacidad de cohesión y movilidad social, con los liderazgos y estrategias de acumulación de poder; con la estabilidad institucional, con el pensamiento crítico y con la política económica. La definición de densidad institucional es retomada en otros estudios relacionados con las transformaciones de las producciones regionales o locales frente a la globalización. También ha sido utilizada en el campo del desarrollo local. En estos estudios se plantea como un atributo de un determinado territorio.

La densidad institucional de un determinado territorio implica (...), la existencia y desarrollo coordinado de dos elementos coordinados:

- Por un lado, la sólida presencia institucional (formal) en el territorio, representada a partir de firmas, asociaciones empresariales, instituciones financieras, ONGs, agencias de desarrollos, colegios, centros de servicios, institutos de desarrollo, universidades, etc.

- Por otro lado, el desarrollo de formas de cooperación entre estos actores a partir de la

consolidación, entre todo este complejo de actores, de una conciencia de pertenencia mutua a una dinámica institucional y al desarrollo de un patrón de coalición representativo de los intereses locales. (Fernández, 2004: 20)

En este enfoque no sólo la presencia sino también la cooperación son datos relevantes de la “calidad” de la densidad institucional, la generación de redes, el desarrollo de aprendizajes e innovación colectivos a nivel territorial (Fernández, 2004). La densidad sería un elemento importante para el desarrollo económico.

En otras investigaciones la misma idea se traslada para analizar la vinculación con situaciones de vulnerabilidad social. La investigación de Victoria Sanpedro Sola se plantea la relación entre vulnerabilidad social y densidad institucional. En este trabajo retoman la idea de densidad institucional. Al igual que el estudio de Fernández que citamos anteriormente retrabajan la categoría planteada por de Amin y Thrift (1995).

Sanpedro Solá presenta a la idea de densidad institucional como un atributo del territorio relacionado con las instituciones y las relaciones de cooperación entre ellas pero, esta vez, para limitar lo que llama en el estudio el “efecto barrio” planteado como la influencia negativa en términos de ascenso social de los territorios en desventaja. La densidad institucional posibilitaría romper este efecto.

Parte de la hipótesis es que la mayor densidad institucional genera un menor índice de vulnerabilidad urbana. La autora asume que es un problema complejo medir la densidad institucional; más allá de esto construye un índice incluyendo instituciones de la esfera del mercado, de las instituciones a las que llama del bienestar y de las vinculadas al mundo de lo asociativo o comunitario. Si bien finaliza su trabajo planteando que en los barrios analizados no se puede comprobar su hipótesis, entendemos que en parte se debe a que la comparativa que establece es entre barrios con distintos niveles socioeconómicos y no necesariamente entre barrios similares en cuanto a lo socioeconómico. Resulta interesante la descripción en la que plantea que en los barrios considerados vulnerables se identifica mayor densidad de instituciones públicas debido al diagnóstico de su condición para conocer las propuestas públicas en una ciudad europea.

En un estudio chileno el equipo de Teresa Matus llega a otra conclusión. En el marco de reconocer a las po-

líticas como parte de la solución y también parte del sistema llegan a un hallazgo para el equipo paradójico: "a programas que se encuentran enfrentados a mayor complejidad, menor es la calidad de la oferta pública" (Matus y Mariñez, 2017: 67). Presenta esta idea junto con la premisa de que "no son las personas las vulnerables sino las condiciones de la calidad de la oferta o estructura de oportunidades. (...) Este giro posibilita poner atención en la estructura de prestaciones de los servicios sociales y sus niveles de calidad (Matus y Mariñez, 2017:75). En toda la propuesta pasar del análisis de la demanda al análisis de la oferta, así como avanzar desde el análisis de los procesos es interesante y se propone como innovación para las metodologías e indicadores de evaluación.

Si bien el planteo es más que interesante dos elementos aparecen como problemas en el marco de nuestro análisis.

El primero refiere a que se plantea la evaluación sobre proyectos y programas, no sobre instituciones. Esta forma de medida impide reconocer la dimensión institucional sobre la que efectivamente entendemos que podrían acumularse las capacidades o los sostenes para la vida de las poblaciones.

El segundo refiere a la idea de calidad. Como anticipamos, el traslado de otras categorías de análisis para pensar la capacidad institucional suele mostrar las falencias para pensar la dimensión institucional.

La idea de calidad refiere a un atributo de un objeto, de un producto, de adecuación de los atributos a un deber ser. En este sentido es asociado a algo mercantil, antes que a un proceso público. ¿Cómo pensar la idea de calidad en relación a la escucha, al acompañamiento, a la apertura frente a nuevas demandas? Frente a distintas preguntas asociadas a los funcionamientos de las instituciones públicas suele presentar varias falencias.

Trasladando las metodologías al mundo de la empresa, durante los años 90 la idea de "calidad total" también fue difundida como concepto para mejorar a las instituciones. Con una fuerte asociación con las propuestas de reformas neoliberales, estas iniciativas no tuvieron continuidad de manera representativa ya en este siglo.

La idea de calidad institucional en estudios sobre estado y gobierno generalmente refiere al conjunto de las instituciones republicanas, se asocia al sostenimiento de re-

glas de juego y de relación entre los poderes de Gobierno. En estos enfoques la corrupción, la centralización de las decisiones, la falta de transparencia se convierte en evidencias del problema de la calidad institucional. En general no se utiliza para analizar a las instituciones sociales públicas, objeto de nuestra búsqueda.

Otra línea de estudios ha aportado desde el análisis del campo de las políticas sociales al análisis de la institucionalidad social. Desde estudios de la CEPAL se ha avanzado en la definición de la institucionalidad social.

Por institucionalidad social se entiende el conjunto de reglas, recursos y estructuras organizacionales sobre y con los cuales se gestiona la política social, desde el diagnóstico y la priorización de objetivos hasta la implementación y la evaluación de resultados (Martínez y Maldonado Valera, 2017: 29)

La autoridad social estaría representada por "la instancia del Estado a cargo de ejercer la función del gobierno de la política social. Es aquella que, legitimada por las partes y con respaldo político, detenta el poder de dirigir y coordinar la institucionalidad social y de ejercer la rectoría (Martínez y Maldonado Valera, 2017: 29)

No están pensando necesariamente en una sola entidad, sino que puede plantearse por medio de una autoridad colegiada como por ejemplo un gabinete social o un consejo económico y social.

La dimensión de lo que aquí denominamos instituciones sociales públicas tiene poco desarrollo en este enfoque y quedan las mismas planteadas como puntos terminales de las políticas, nuevamente, como efectores de las políticas sociales.

Volviendo sobre el planteo con el que iniciamos este artículo, las instituciones sociales públicas no son (solo) efectores sino actores centrales de la capacidad estatal. Oszlak define a la capacidad estatal de esta manera:

Definido de manera simple, tener capacidad institucional significa poseer la condición potencial o demostrada de lograr un objetivo o resultado a partir de la aplicación de determinados recursos y, habitualmente, del exitoso manejo y superación de restricciones, condicionamientos o conflictos originados en el contexto operativo de una institución (Oszlak: 2014)

Sandra Guimenez (2018) coloca el problema de las capacidades estatales en escenario del encuentro entre democracia y desigualdad. Las capacidades estatales estarían vinculadas con la posibilidad de operación frente a estas desigualdades. La autora presenta como elementos constitutivos o dimensiones de las capacidades a la presencia territorial, la federalización de las acciones, los procesos burocráticos o administrativos y la importancia de las y los trabajadores estatales. Su aporte resulta relevante pensando especialmente las políticas desplegadas por los ministerios nacionales.

La densidad institucional como un atributo de las instituciones. Sus dimensiones analíticas.

Como planteamos al inicio la idea de densidad institucional que buscamos componer refiere a un atributo interno de las mismas pero fuertemente vinculado al despliegue de las políticas públicas nacionales, provinciales y municipales. También pretende ser una categoría que sirva para analizar este vínculo para responder a la pregunta acerca de cómo influyen las políticas sobre las capacidades institucionales.

Consideramos que si hoy uno de los desafíos de lo público refiere a la consolidación de nuevas instituciones, la revisión de la construcción de su capacidad institucional no es un problema menor, sino un objetivo político de relevancia.

A continuación presentamos un conjunto de dimensiones que entendemos son constitutivas de esta densidad institucional: a- la relación con la historia institucional; b- vinculación con los liderazgos y las estrategias de acumulación de poder; c- estabilidad en el tiempo de las intervenciones; d- autonomía y reflexividad; e- capacidades instrumentales y procedimentales y f- inserción territorial. El orden de las mismas no refiere a una jerarquización de las mismas.

a - Relación con la historia institucional: Las propuestas institucionales “son” parte de la historia institucional, sean reflexionadas como tales o no. En este sentido una propuesta de intervención tiene mayor posibilidad de aportar a la densidad institucional cuando se piensa vinculada con esta historia, tanto sea para continuar aspectos anteriormente abordados o metodologías probadas como para innovarlas o reemplazarlas. A nuestro entender aportan a esta

densidad cuando efectivamente se alejan de lo que Carlos Eroles, un colega docente muy importante de la Universidad de Buenos Aires, llamaba “el síndrome de Cristóbal Colón”: la idea de que la historia empieza cuando se llega. Cuando se piensan por fuera de la historia institucional no solo se construye un acto “soberbio” sino que se pierden los acumulados, los aprendizajes de lo ya probado. Se pierde la posibilidad de anclar las propuestas en las fortalezas identitarias de lo construido. Además, validando que quienes concurren a las instituciones han sido partícipes, o por lo menos observadores, de esa historia, no es conveniente prescindir de su mirada.

Las instituciones que cuentan con mayor densidad suelen resistir o amortiguar los efectos de las políticas desancladas y suelen rearmar las propuestas en formas de insumo a aquello que ya conocen y saben hacer. Esto que habitualmente es interpretado como una resistencia al cambio, suele ser una fortaleza que sostiene elementos de la historia institucional.

En nuestras anteriores investigaciones el trabajo sobre la memoria institucional (Arias y Reitcher: 2018) es un recurso de intervención con fuerte potencial para la consolidación de un proyecto institucional potente.

- b - Liderazgos y estrategias de acumulación de poder: Las intervenciones que desplegamos operan sobre un conjunto de relaciones de poder. Las instituciones entre otras cosas son y expresan relaciones de poder. La bibliografía relacionada con el análisis institucional lo ha trabajado de manera extensa. Una intervención debe incluir el análisis de las relaciones de poder que moviliza tanto interna como externamente. No estamos pensando en poderes centrados en personas sino en estructuras institucionales. Las superposiciones de las formas de financiamiento que se desplegaron durante los años 90 son un ejemplo de cómo se generaron dentro de las instituciones formas de poderes diferenciales de acuerdo al área que recibía o no financiamiento y cómo se desarrollaron efectos complejos y desorganizadores sobre las dinámicas internas.
- c - La estabilidad en el tiempo de las intervenciones: Estabilizar la experiencia de vida es un desafío enorme de los sectores populares que viven en condiciones de inestabilidad permanente. Esta inestabilidad es una constante aunque pueda vislumbrarse en mu-

chas emergencias. Frente a esto, las intervenciones públicas ofrecen presencias también inestables. En este sentido, las formas de intervención de emergencia sin anclaje institucional no aportan a consolidar densidad institucional, sino que muchas veces la oradan. Un ejemplo de lo antedicho puede ser visualizado cuando se organizan intervenciones en las instituciones con personal que no es estable o la lógica de los operativos, que puede resultar necesaria en un momento particular pero no consolida institucionalmente.

Sin estabilidad es imposible construir lazos y confianza y sin confianza es muy difícil incidir en procesos significativos de la vida de las personas, en especial en las que se encuentran atravesando situaciones críticas.

En los contextos de mayores vulnerabilidades las instituciones suelen tener mayor rotación de personal y en algunas áreas se visualizan peores condiciones laborales y salariales. Esta constante entre condiciones inestables de las personas y condiciones inestables en las referencias institucionales es un elemento central a ser revertido para una estrategia pública sobre las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerabilizadas.

d - Autonomía y reflexividad: En nuestras investigaciones las instituciones que han podido reorganizar sus prácticas ampliando accesibilidad han tenido un fuerte ejercicio de la reflexividad institucional. Esta reflexividad les ha permitido trabajar sobre la modificación de los formatos institucionales para adaptarlos a las necesidades de las poblaciones. Esta adaptación suele ser una forma de respuesta frente a los conflictos que se presentan en las instituciones relacionados con las demandas de las y los sujetos. La densidad institucional implica posibilidades de adaptación a las demandas, principalmente, de quienes tienen mayores dificultades para acceder a la institución, esto es necesariamente conflictivo, pero se encuentran aquí claves muy interesantes para analizar la densidad.

Esta reflexividad es una práctica institucional, su análisis requiere poner en perspectiva a la institución, no puede abordarse en la unidad de un proyecto sino en el funcionamiento de la institución en tanto tal.

Esto redundará en el trabajo sobre la idea de autonomía relativa tanto de las y los trabajadores de las instituciones como de la institución en relación a sus dependencias jerárquicas públicas. Sin grados de relativa autonomía no hay posibilidad de densidad institucional, en tanto no se producen acumulados de aprendizaje no hay posibilidad de reflexividad.

En especial las instituciones sociales públicas requieren especiales adaptaciones en el ejercicio de su actividad. Mejor dicho, no adaptaciones sino creaciones o recreaciones en donde el acto de encuentro con las y los usuarios supone una puesta en acto inédita.

La práctica laboral de las personas que trabajan en estas instituciones tiene también grados de autonomía, sin lo cual el acto de intervención institucional queda muchas veces vaciado. Esta relación entre verticalidad y horizontalidad, entre prácticas protocolizadas y autónomas ha sido trabajada de manera extendida por el análisis institucional a partir del concepto de transversalidad (Kaminsky: 1990; Guatari: 1994). El análisis acerca de cómo las propuestas de políticas posibilitan u oprimen estas posibilidades de reflexividad y autonomía no es de fácil resolución. Las instituciones requieren de la regulación de las políticas, no estamos planteando aquí la idea de ruptura de los sistemas públicos por la vía de la autonomización absoluta de las instituciones, sino que estamos planteando que esta tensa relación y su forma de resolución es un componente relevante de la densidad institucional.

e - Capacidades instrumentales y procedimentales: la puesta a punto de instrumentos y procedimientos es un elemento central en la densidad institucional. No son el "otro lado de la intervención profesional" sino que son parte relevante e insustituible de la presencia institucional.

Los mecanismos instrumentales y procedimentales no son sólo, aunque suelen requerir, una aplicación tecnológica. Las formas de obtención de turnos, los mecanismos internos de gestión, los procesos que garanticen agilidad suelen ser diferenciales muy relevantes. Identificar a los mismos únicamente con la lógica de calidad centrada sobre la idea de servicio al cliente quita la verdadera importancia que tienen estos elementos en tanto garantes de derechos y de trato correcto en el marco de lo público.

f - Inserción territorial: La relación con las demandas territoriales vinculadas tanto a las características de la población, como con las organizaciones o instituciones presentes en la escena son un elemento que brinda densidad a la institución de la que trate. Este elemento se relaciona tanto con la historia como con los elementos identitarios de la comunidad o territorio en la que se dé la inserción nombrada. Como ya hemos trabajado en anteriores investigaciones (Arias: 2020) la posibilidad de esta inserción territorial será potenciadora de la densidad si se plantea como una dimensión institucional y no como un elemento ad hoc de la propuesta de intervención general. Desde nuestra posición las instituciones sociales públicas son instituciones territoriales de manera indudable.

Conclusiones

En este artículo buscamos construir una categoría que permita identificar fortalezas o capacidades institucionales para el desempeño de instituciones sociales públicas. Confrontamos con la identificación de las instituciones como efectoras de las políticas o terminales de las mismas para considerarlas actores sociales. Esta cuestión entendemos que se encuentra poco presente en los estudios sobre institucionalidad social así como también en los abordajes sobre densidad institucional

pensada como un atributo de los territorios y no como atributo interno de las instituciones. De igual modo, el lugar “interno” sin dudas se encuentra fuertemente asociado e influenciado por la relación tanto con las políticas y los vínculos en las estructuras de los sistemas de políticas sociales en sus distintos niveles, municipales, provinciales, nacionales y también de otros lugares de financiamiento.

La búsqueda de componer herramientas conceptuales para analizar y operar sobre estas dimensiones se encuentra fundamentada tanto en la vacancia de categorías adecuadas (en tanto provienen del campo mercantil o no vinculadas con las funciones sociales), como en la relevancia de jerarquizar esta dimensión en el campo de la política social ya que es el nivel en el que se definen un conjunto de las capacidades estatales.

Ensayamos operacionalizar esta categoría ya que tiene pretensiones metodológicas para aportar a estudios relacionados con el análisis de políticas públicas. Cómo las propuestas políticas se vinculan con la historia, con los liderazgos y las estrategias de acumulación de poder, cómo se estabilizan en el tiempo las intervenciones, qué grados de autonomía y reflexividad construyen, que capacidades instrumentales y procedimentales se despliegan y, por último, cómo es la inserción territorial, entendemos que es un buen punto de partida para ensayar su utilización.

Bibliografía

- Arias, A. J. (2020). El problema del triángulo. Revista *Escenarios* N°31. La Plata.
- Arias, A y Reitcher; M (2018) Aprendizajes y reflexiones de un equipo de Trabajo Social. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Amin, A. y Thrift, N. (1995). *Globalización, instituciones y desarrollo regional en Europa*. Prensa de la Universidad de Oxford.
- Dubet, F. (2006). *El declive de la institución*. Barcelona: Gedisa.
- Fernández, A. M. (1999). *Instituciones estalladas*. Buenos Aires: Eudeba.
- Ferrer, A. (2004) *La densidad Nacional. El caso Argentino*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Fernández, V. R. (2004). Densidad institucional, innovación colectiva y desarrollo de las cadenas de valor local: un triángulo estratégico en la evolución de los enfoques regionalistas durante los 90s. *Redes (St. Cruz Sul, Online)*, 9(1), 7-35.
- Guimenez, S. (2018) Repensando las capacidades estatales en el período 2003-2015. Un camino intermedio entre la autoconvicción y la inercia burocrática. Ponencia presentada en el I Jornadas Democracia y Desigualdades. Universidad Nacional de José C Paz.
- Guattari, F (1994) Psicoanálisis y Transversalidad. La transversalidad. *Revista de Psicología Institucional*. París.
- Kaminsky, G (1990) *Dispositivos Institucionales*. Lugar editorial. Cap. I y II.
- Kessler, G., &Merklen, D. (2013). Una introducción cruzando el Atlántico. En Castel, R., Kessler, G., Merklen, D., & Murard, N. *Individuación, precariedad, inseguridad:¿ Desinstitucionalización del presente*. Buenos Aires: Paidós.
- Martínez, R., & Maldonado Valera, C. (2017). Institucionalidad y desarrollo social. *Institucionalidad social en América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL, 2017. LC/PUB. 2017/14-P. p. 23-51*.
- Matus, T, y Mariñez, C. (2017) Una Innovación crítica para enfrentar la desigualdad. En T. Matus y F. Cortez-Monroy (comps.), *Innovación Social Efectiva* (p. 65-104) Santiago de Chile: Editorial Librosdementira.
- Oszlak, O. (2014). *Políticas públicas y capacidades estatales*. *Revista Forjando*, 3(5).Sola, V. S. (2019) *Densidad institucional y sus efectos en el desarrollo*. España: Escolad'Administració Pública de Catalunya disponible en <http://eapc.gencat.cat/>
- Vilas, C. M. (2011). *Después del neoliberalismo*. Lanús: Ediciones UNL.

Artículos centrales

Migraciones y accesibilidades desiguales en tiempos de pandemia Algunas cuestiones para repensar la normalidad en disputa

María Diloretto^a

Fecha de recepción:	28 de junio de 2021
Fecha de aceptación:	4 de julio de 2021
Correspondencia a:	María Diloretto
Correo electrónico:	mdiloretto@gmail.com

a. Docente e Investigadora. Instituto de Estudios en Trabajo Social y Sociedad. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.

Resumen:

El Covid-19 ha puesto en evidencia la fragmentación social y las desigualdades existentes entre diversos sectores de nuestra sociedad. Esto impacta en las accesibilidades a los servicios sociales y de previsión social por parte de las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad social, dentro de las cuales pueden situarse a las y los migrantes.

La acumulación de desventajas observadas a partir de las políticas regresivas en materia migratoria del gobierno de la Alianza Cambiemos, se traduce en mayores barreras burocráticas y administrativas que inciden en el proceso de documentación y residencia y en la calidad de los accesos al mercado de trabajo, a las políticas sociales y a la educación.

A partir de los avances de una investigación en curso sobre la temática en el Gran La Plata, "Migraciones, necesidades y accesibilidad a los Servicios Sociales. Un estudio de casos en hogares del Gran La Plata", este artículo busca problematizar sobre la agudización de la vulnerabilidad de las y los migrantes a partir de la pandemia, y como la desigualdad de accesos constituye un factor clave, incidiendo en la estructura de oportunidades de la población migrante.

Palabras clave: Migraciones - Desigualdad - Accesibilidad.

Summary

Covid-19 has highlighted the social fragmentation and existing inequalities between different sectors of our society. This has an impact on the accessibilities to social services and social security by populations in a situation of greater social vulnerability, within which migrants can be placed.

The accumulation of disadvantages observed from the regressive migration policies of the Alianza Cambiemos government, translates into major bureaucratic and administrative barriers that affect the documentation and residence process, the access quality to the labor market, social policies and education.

Based on the progress of an ongoing investigation on the subject in Gran La Plata, "Migrations, needs and accessibility to Social Services. A study of cases in homes in Greater La Plata", this article seeks to problematize the worsening vulnerability of migrants from the pandemic, and how access inequality is a key factor that influences the opportunity structure of the migrant population.

Key words: Migration; Inequality; Accessibility.

I.-

Desde el año 2018 venimos realizando con un grupo de compañeras y compañeros de la Universidad Nacional de La Plata, una investigación en el marco de los PID de la Secretaría de Políticas Universitarias, denominado "Migraciones, necesidades y accesibilidad a los Servicios Sociales. Un estudio de casos en hogares del Gran La Plata"¹, En él intentamos analizar de qué forma las y los migrantes de la región acceden (o no) a la satisfacción de sus necesidades básicas, identificando las barreras que presentan los accesos a los servicios sociales y previsionales del Estado, en un contexto en que Clemente (2014) señala que la alta desigualdad en la distribución de oportunidades educativas y ocupacionales y de la protección social, muestran dramáticamente que los niveles de ingreso constituyen factores claves en el acceso a los mismos y en la calidad que éstos servicios presentan (Diloretto, Lozano, 2016).

A partir del 2016, los cambios estructurales y la falta de presencia del Estado asegurando la accesibilidad a los servicios básicos, han presentado consecuencias en

los planos micro y mesosocial, ya que afectaron no sólo a los hogares, sino también a las comunidades (Castillo García, 2000). Estas transformaciones en el campo económico y de las políticas públicas, han implicado necesariamente una redefinición de las estrategias familiares y comunitarias de los grupos más vulnerables, dentro de los que se pueden situar a las y los migrantes recientes, para los cuales la movilidad territorial constituyó de por sí una alternativa para la mejora de sus condiciones de vida.

Durante el gobierno del Ing. Macri -en el marco de un modelo socio - económico basado en la desigualdad- pudo observarse que la accesibilidad a los servicios sociales, y por ende, a un espacio de resolución institucional por parte del Estado a los problemas de los hogares en mayor desventaja, se complejizó fuertemente (Diloretto, 2019), y en el caso de la población migrante, se agudizó a través de la construcción de un discurso xenófobo (en consonancia con las políticas migratorias²), donde la figura de las y los migrantes aparecían como "el otro" peligroso, delictivo, usuario de servicios de salud y competencia en un mercado de trabajo esquivo y cada vez más acotado.

1. La población migrante abordada en el presente trabajo corresponde a la proveniente de los países limítrofes y Perú, siendo la más predominante aquella migrada de Bolivia, Paraguay y Perú

2. Varios autores (Domenech, 2017, CELS, 2017, Galoppo, 2017, Canelo y otros, 2018) se han referido a la tendencia generalizada de endurecimiento de las políticas hacia la inmigración en este período. Como se ha dicho, las expresiones de este endurecimiento se ubican en varios niveles, retórico, normativo y tienen correlación con el debate tácito que existe en la sociedad civil sobre ciertas miradas y preconcepciones sobre los inmigrantes, que aparecían expresados en la agenda política del gobierno de Cambiemos, asociado a fenómenos como la inseguridad, la violencia, el narcotráfico (CELS 2017).

La decisión de explorar la temática de la accesibilidad de la población migrante en el Gran La Plata está asociada a la particular condición de vulnerabilidad que presenta dicha población en la Región. El Gran La Plata es un conglomerado conformado por los Partidos de La Plata, Berisso y Ensenada, que contempla las confluencias de formas de producción urbanas y rurales, lo que constituye una oferta atractiva para la población migrante, que reside tanto en las ciudades y sus periferias (con inserciones laborales asociadas a tareas de cuidado, construcción, venta informal) como en una amplia área periurbana, donde desempeñan fundamentalmente tareas de producción frutihortícola. A nivel de distribución espacial, el Gran La Plata es uno de los siete aglomerados donde se concentra el 87% de los migrantes sudamericanos que residen en el país y -al año 2017- el que mayor tasa de empleo no registrado de la población migrante de 16 años y más presenta³.

La población inmigrante que se asienta en el Gran La Plata no ha sido ajena a las transformaciones que han afectado a la estructura social argentina, donde no pudieron ser totalmente revertidos los cambios que afectaron el mercado de trabajo en los '90, ni tampoco pudo mitigarse la consolidación de un núcleo duro de pobreza, asociado a fuertes condiciones de desigualdad. Ello ha incidido en modificaciones del flujo migratorio que se establece en la región, con una prevalencia de mujeres y niños, en contraste con las tendencias anteriores, donde el empleo formal atraía sobre todo a la población masculina en edad económicamente activa. Esto trae aparejado un proceso de feminización de la inmigración, que puede asociarse al tipo de demanda de trabajo, vinculada a las actividades relacionadas al servicio doméstico, el cuidado de niños y de ancianos (Cerrutti, 2009), que se refleja marcadamente en el Gran La Plata.

Hacia el año 2019 (estando en una primera etapa del desarrollo de la investigación) habíamos comenzado a problematizar algunos primeros ejes relevados, que daban cuenta de la marcada situación de desigualdad en los accesos de las y los migrantes, sobre todo de aquellas y aquellos de reciente llegada a nuestra región. El 2020 presenta una situación inédita: la pandemia por Covid 19, que por sus características particulares no sólo profundiza a nivel estructural las desigualdades preexistentes, sino que impacta rápidamente en la población mi-

grante. En términos de Judith Butler “La desigualdad social y económica asegurará que el virus discrimine. El virus por sí solo no discrimina, pero los humanos seguramente lo hacemos, modelados como estamos por los poderes entrelazados del nacionalismo, el racismo, la xenofobia y el capitalismo”⁴.

Esta población ya se encontraba sujeta previamente a situaciones de alta vulnerabilidad -según lo relevado en el tramo previo de la investigación-, sobre todo por sus formas de integración subalternizadas (Galaz, 2012; Sandoval, 2010), donde se yuxtaponen distintas situaciones de vulnerabilidad (asociadas a su condición de migrantes, su inserción laboral, la pobreza), que inciden asimismo en la desigualdad en sus accesos, que tiende a agudizarse en momentos de crisis, como lo es la coyuntura actual.

II.-

Es interesante poder analizar de qué forma se llega a la situación antes expuesta y analizar las principales características del proceso migratorio hacia la Argentina en los últimos años. Los '90 y el proceso de precarización laboral que trajo consigo el Neoliberalismo, subieron las tasas de desempleo a valores que desalentaron nuevos flujos migratorios externos y en algunos casos fomentaron el retorno. Para las y los inmigrantes, la situación en el mercado laboral tuvo un fuerte impacto, ya que la construcción, el servicio doméstico y la manufactura se constituyen en las fuentes principales de expulsión de mano de obra, siendo a su vez los lugares de inserción por excelencia de los inmigrantes limítrofes. Pero a su vez la sobrevaluación de la moneda sobrevenida a partir del plan de convertibilidad fue un foco de atracción fundamental para los contingentes de inmigrantes de países limítrofes quienes enviaban remesas a sus países de origen; aceptando condiciones de trabajo aún más precarias que en la década anterior. En muchos casos, los inmigrantes aparecen como mano de obra barata, lo cual es vivido por sus pares nativos como “una competencia desleal” que implica que en esta época se intensifique la discriminación hacia este grupo poblacional señalados como “responsables de la desocupación de los nativos”.

Por otra parte, a partir de este proceso de apertura económica, se observa -como se ha dicho previamente- una

3. Ministerio de Producción y Trabajo de Argentina “HERMANOS LATINOAMERICANOS. Su inserción laboral en los aglomerados con mayor presencia migratoria”. Dirección General de Estudios Macroeconómicos y Estadísticas Laborales. Buenos Aires, 2018.

4. <http://www.iade.org.ar/noticias/la-enfermedad-de-la-desigualdad> Consultado el 14-06-21

transformación en la composición del flujo migratorio, en consonancia con las modificaciones estructurales que comienzan a gestarse. El cambio en la estructura del empleo se refleja en una creciente feminización de las corrientes migratorias, provenientes de zonas del mismo país afectadas por el desempleo y la precarización laboral, y de los países limítrofes y Perú, impactados también por los efectos del Neoliberalismo (Cortes y Groisman, 2004, 2008).

La situación pareció revertirse a partir de este siglo, de la mano no sólo de mejores oportunidades laborales, sino -y cabe subrayar particularmente este aspecto- de mejores accesos, asociado a políticas sociales de corte más progresistas. Paralelamente y en relación a ello, se observa un giro significativo en las posiciones y el discurso del Estado respecto a la inmigración, que es trasladado al marco normativo y a las políticas referidas a las migraciones internacionales. Esta tendencia -que se visualiza también sobre la diversidad cultural- podría encuadrarse dentro de lo que Nancy Fraser (2008) denomina *políticas de reconocimiento*, y que ha sido una perspectiva incipientemente desarrollada en el transcurso de los gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández. Domenech (2007) señala que esta mirada propone un discurso basado en la inclusión, donde prevalecen los derechos humanos, la ciudadanía comunitaria y el pluralismo cultural, en contraposición al centralismo de la exclusión, predominante en los noventa.

Pero a pesar de este viraje observado en las políticas públicas, las sucesivas crisis económicas y sociales de la región no posibilitaron revertir el profundo proceso de empobrecimiento previo y de exclusión social de los sectores más desfavorecidos, y del aumento de la desigualdad, que afecta las condiciones de vida de la población más vulnerable e impacta en la accesibilidad a la satisfacción de sus necesidades (Carballeda, Diloretto, 2017), situación que se agudiza a partir del año 2015

III.-

A partir de la asunción como Presidente de la Nación del Ing. Mauricio Macri -en Diciembre del 2015-, se observa un cambio de orientación en el modelo de acumulación comenzado a desarrollar en el período anterior,

que se traduce en un aumento de la desigualdad y de la pobreza⁵. Esto, asociado con la reorientación del gasto público -que conlleva el relegamiento y la desfinanciación de áreas esenciales, tales como la educación y la salud-, un aumento marcado de la inflación y una desocupación que alcanza los dos dígitos después de un largo tiempo, sin duda constituyen un viraje en los sectores prioritarios para la agenda gubernamental y en la distribución del ingreso.

Estas medidas han tenido efectos inmediatos sobre las estrategias de subsistencia de amplios sectores de la población, la cual ya atravesaba situaciones de vulnerabilidad social y problemas de accesibilidad para satisfacer sus necesidades (Diloretto, 2009). En otros términos, los cambios estructurales y la falta de presencia del Estado asegurando la accesibilidad a los servicios básicos, implican consecuencias en los planos micro y mesosocial, ya que afectan no sólo a los hogares, sino también a las comunidades (Castillo García, 2000). Estas transformaciones en el campo económico y de las políticas públicas, conllevan necesariamente una redefinición de las estrategias familiares y comunitarias de los grupos más vulnerables, dentro de los que se pueden situar a los migrantes recientes.

En Enero del año 2017, el Poder Ejecutivo Nacional modificó a través del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 70, la Ley 25.871 de Migraciones, habilitando la utilización de procedimientos de detención y deportación diferenciales de los extranjeros sometidos a cualquier tipo de proceso judicial de carácter penal y también de quienes hayan cometido faltas administrativas en el trámite migratorio, como, por ejemplo, no haber acreditado el ingreso al país por un lugar habilitado. A partir de ello, los jueces y fiscales tienen la obligación de notificar a la Dirección Nacional de Migraciones (DNM) la existencia de causas judiciales que involucran a migrantes. Este aviso desata el inicio del trámite de expulsión de manera inmediata, sin contemplar si tiene familia, lazos sociales, arraigo o un plan de vida en la Argentina.

Se suma a ello, la activa promoción en este período de políticas y prácticas administrativas que obstaculizaron la regularización documental de las y los migrantes. Prácticamente se observa un desmantelamiento de la

5. Según el Observatorio de la Deuda Social de la UCA, en el 2015 el Decil más pobre de la población concentraba el 3,5 % del ingreso, mientras el Decil más rico, el 20,0 %. Hacia fines del 2018, el Decil más pobre concentra un 2,6 % del ingreso, contra un 25,4 % del más rico (Bonfiglio, Vera, Salvia, 2019). Por otra parte, el porcentaje de Hogares en Condición de Indigencia que era del 3,1 % y de 20,8 % en condición de Pobreza, al inicio del gobierno de Macri, ascendió al 6,5 % y al 32,1 %, respectivamente, al culminar su mandato (Bonfiglio, 2020).

Dirección Nacional de Migraciones, a través del cierre de delegaciones y desplazamiento de personal, además de cambios en las modalidades de acceso, con la implementación de turnos virtuales que demoraron los trámites de radicación por más de un año y -posteriormente- la creación del RaDEx (Radiación a Distancia de Extranjeros) que presupone una utilización de recursos informáticos, económicos y culturales con los cuales no siempre cuentan las y los migrantes recientes.

Varios autores (Domenech, 2017, CELS, 2017, Galoppo, 2017, Canelo y otros, 2018) se han referido a la tendencia generalizada de endurecimiento de las políticas hacia la inmigración en este período. Como se ha dicho, estas expresiones se ubican en varios niveles: retórico, de políticas sociales, normativo, y tienen correlación con el debate tácito que existe en la sociedad civil sobre ciertas miradas y preconceptos sobre las y los inmigrantes, que aparecen expresados en la agenda política, asociado a fenómenos como la inseguridad, la violencia, el narcotráfico. En este contexto, resulta preocupante el incremento de las violaciones de derechos humanos de las y los inmigrantes existentes en el período (CELS 2017).

Lo paradójico de esta situación es que pese a este tipo de políticas y a la retórica conservadora (que aparece expresada en frases tales como “vienen a sacar trabajo”, “vienen a estudiar gratis”, “no se les cobra la atención en los hospitales”), el peso relativo de la población extranjera en nuestro país es relativamente bajo. Según datos del Censo de Población del 2010, sólo el 4,5 % de la población en ese momento era extranjera (INDEC, 2019). Pero no es casual la promulgación de medidas de este tipo por parte del gobierno de la Alianza Cambiemos: en el marco de la construcción de modelo socio-económico basado en la desigualdad y en una perspectiva meritocrática, fue clave poder construir un “otro” responsable e instalarlo en la agenda pública como prioritario, a fin de derivar la atención de las causalidades reales de las crisis.

IV.

A los pocos meses de la asunción del Dr. Alberto Fernández como Presidente de la Nación, la pandemia del COVID se yuxtaponen a las situaciones de desventaja de la población migrante, agudizándolas fundamentalmente en el plano microsocioal, en tanto impacta en los hogares como una situación que aumenta su vulnerabilidad,

y donde los accesos a los servicios básicos se hallan altamente comprometidos y se complejiza -por las medidas de aislamiento social- la apropiación del territorio como espacio de prácticas sociales.

En este contexto, un primer señalamiento a realizarse es la diferenciación en la accesibilidad que se observa entre la población migrante residente en la región desde antes del 2015, a la llegada en los últimos años, lo cual presupone una desigualdad en los accesos dentro del propio colectivo. El acceso a la documentación y a la regularización de residencia juega un papel preponderante, no sólo en términos de poder insertarse en espacios laborales más calificados, sino para acceder a medidas excepcionales implementadas por el Gobierno Nacional, tales como el IFE (Ingreso Familiar de Emergencia).

Al respecto, se observa un acceso diferencial a favor de las mujeres migrantes de mayor tiempo de residencia, muchas de las cuales, al trabajar como personal de casa particulares o ser beneficiarias de las AUH, contaban con el registro correspondiente del ANSeS. Tampoco es homogénea la accesibilidad de los hogares migrantes residentes en zonas urbanas y perirurbanas, en relación a aquellos situados en la zona rural, en cuanto a los recursos necesarios para la inscripción y percepción de estos beneficios.

La mayor parte de las y los migrantes de reciente asentamiento están insertos en el mercado informal de trabajo, donde el ingreso es esencial para la ingesta diaria. Esta situación, como se ha planteado previamente, cobra ribetes significativos en el Gran La Plata, que registra la mayor proporción de trabajadoras y trabajadores informales migrantes de los principales conglomerados del país. Ante esto, el aislamiento derivado de la pandemia durante el año 2020 constituyó durante varios meses una importante barrera a la accesibilidad de satisfacción a sus necesidades básicas, dada la eventual suspensión de la venta callejera, la actividad de servicios en casas particulares y la construcción, principales áreas de inserción laboral de esta población.

Nuevamente en este campo, se observa una diferenciación en las ventajas acumulativas para afrontar la crisis en torno a aquellas y aquellos migrantes de asentamiento de más larga data. En el caso de las mujeres, accediendo a empleos más calificados, ya sea en el área del cuidado (cuidado de adultos mayores, inserción formal en instituciones de cuidado) y en el sector salud. Con respecto a los hombres, a través de trabajos formales en

el área de mantenimiento, o con los ahorros previos en el área de la construcción.

El problema fundamental es el reaseguro de la ingesta diaria para aquellos grupos con inserciones laborales más precarias o que no pudieron acceder a las ayudas monetarias planteadas por el Gobierno Nacional. En este punto, se observa un importante protagonismo de los comedores y merenderos barriales, gestionados muchas veces por la propia población migrante (fundamentalmente mujeres), que se constituyeron no solamente en espacios de provisión de la ingesta diaria, sino también de contención, conformándose como nodos territoriales desde donde se implementaban las políticas de cuidado. Los comedores y merenderos consultados (situados en barrios y asentamientos con mayoría de población migrante) registraron un aumento exponencial de la demanda, sobre todo de trabajadores y trabajadoras migrantes que perdieron temporalmente sus fuentes de ingreso y por niños (independientemente que algunas escuelas continuaban brindando apoyo alimentario a través de bolsones de alimentos)

En este contexto, el factor habitacional constituye otro nudo problemático. La mayor parte de las y los migrantes recientes se hallan residiendo en hogares ampliados en territorios de relegación del Gran La Plata, donde el acceso a servicios básicos como el agua potable constituye en casi todos los casos una necesidad y el hacinamiento es un problema, que dificulta el cumplimiento efectivo del aislamiento. Se suma a estas barreras de accesibilidad, la conectividad, que ha afectado sobre todo la continuidad de los trayectos escolares de niñas, niños y adolescentes. Si bien la mayor parte de los establecimientos educativos acompañaron los procesos pedagógicos no presenciales con cuadernillos y material escrito, la falta de ingresos dificultó retirar el material cuando la escuela quedaba lejos del hogar.

El hacinamiento y la permanencia en los hogares de niñas, niños y adolescentes afectaron particularmente a esta población, no sólo en relación a la cobertura de las necesidades básicas, sino al aumento de situaciones de violencia doméstica y la dificultad de interacción con las redes familiares ampliadas interbarriales, que muchas

veces constituyen un sostén y apoyo esencial de las mujeres migrantes, que a partir de la pandemia se han visto sobrecargadas por nuevas demandas de cuidados en sus hogares.

V.-

El 2021 plantea algunas incertidumbres y ciertas certezas en relación a la accesibilidad a los servicios sociales y de previsión social de la población migrante. Por un lado, es evidente que las principales redes de contención y sostén de esta población se hallan a nivel territorial, existiendo importantes barreras de inclusión de las y los migrantes recientes en las políticas sociales. Surge de manera imperiosa la necesidad de establecer reaseguros que permitan el acceso a la documentación y la regularización de residencia, como primer paso reparatorio de las políticas regresivas en términos migratorios -llevadas a cabo a fines de la década pasada- y como punto indispensable para el acceso a un goce pleno de derechos.

La pandemia pone en evidencia la dimensión política de los procesos de movilidades humanas y la necesidad de asegurar la (re)construcción de la ciudadanía de la población migrante (Castillo García, 2018), no sólo a través de la revisión del marco normativo, sino a partir de un acceso pleno y efectivo a los servicios sociales y previsionales que brinda el Estado. La desigualdad que ha dejado en evidencia la crisis del Covid, presupone revisar en el marco de "la nueva normalidad" los accesos de aquellas poblaciones que han quedado en situación de mayor desventaja acumulada, entre la que sin duda podemos situar a las y los migrantes.

Para ello, es clave poder contemplar no solo una mejor distribución del ingreso, sino también aspectos más cualitativos, como su inserción de determinadas ramas productivas, sus particularidades culturales, su proceso de integración, su participación y presencia comunitaria. En otros términos, asegurar su acceso a políticas que no condicionen su vida cotidiana a la urgencia de la supervivencia, y los contemplen en su dimensión de sujetos, más allá de su lugar de nacimiento o residencia.

Bibliografía.

- Alvites Baiadera, A, - Clavijo Padilla, J. - Rodríguez Rocha, J. – Scio-lla, P. (2020) “Experiencias migrantes en Córdoba en tiempos de COVID-19”. Revista Bordes., Mayo-Julio. Universidad Nacional de José C. Paz. <http://revistabordes.com.ar>
- Bonfiglio, J. I – Vera, J. – Salvia, A. (Coordinador) (2019). Pobreza monetaria y vulnerabilidad de derechos. Inequidades de las condiciones materiales de vida en los hogares de la Argentina urbana (2010-2018). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Educa.
- Buttler, J. (2019). *El género en disputa*. Paidós. CABA.
- Caggiano, S. (2019) *Las migraciones como campos de batalla. Desigualdades, pertenencias y conflictos en torno a la movilidad de las personas*. Miño y Dávila. CABA.
- Canelo, B. - Gavazzo, N.- Nejamkis, L. (2018). Nuevas (viejas) políticas migratorias en la Argentina del cambio. Si Somos Americanos, 18(1) pp, 150-182 <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482018000100150>
- Carballeda, A. – Barberena, M. – Diloretto, M. (2019). *Accesibilidad, política social, intervención*. Espacio Editorial. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Castillo García, M. Á. (2018) Prólogo en Arriola Vega, L. A. – Coraza de Los Santos, E. (comp.) *Ráfagas y vientos de un sur global. Movilidades recientes en estados fronterizos del sur-sureste de México*. (pp. 9-12). El Colegio de la Frontera Sur- Peter Lang Publishing Inc. San Bartolomé de las Casas, Chiapas, México.
- CELS, CAREF y COPADI. (2017). Amparo Colectivo contra Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 70/2017. Solicita medida cautelar urgente. Solicita medida cautelar interina. Recuperado de https://classactionsargentina.files.wordpress.com/2017/03/2017-02-14-jncafed-1-caba_cels-y-ots-c-ena-dnu-70-17-migrantes-escrito-de-demanda.pdf [Links]
- CELS. (2017). Derechos humanos en la Argentina. Informe Anual 2017. Siglo XXI Buenos Aires.
- Cerrutti, M. (2015) “Buenos Aires. Ciudad de Migración”. Serie Co-yuntura Demográfica, N° 7. Buenos Aires.
- Cortes, R. - Groisman F. (2004) Migraciones, mercado de trabajo y pobreza en el Gran Buenos Aires. Revista de la CEPAL N° 82. Santiago de Chile.
- Diloretto, M – Lozano, J. I. (2016) Transformaciones recientes en la Estructura Social Argentina: aproximaciones desde el Trabajo Social en 2° Congreso AAS y 1ª Jornadas de Sociología UNVM / Villa María. Universidad Nacional de Villa María.
- Diloretto, M. (2019) “Migraciones, Estructura Social y Políticas Públicas: Apuntes para repensar la Argentina Contemporánea” Revista Escenarios Año 19 · N° 29. FTS - UNLP. La Plata.
- Domenech, E. (2017). “Migración, legislación y políticas en la Argentina actual: Escenas etnográficas de prácticas de control y vigilancia”. En Ramírez, J. *Migración, Estado y políticas. Cambios y continuidades en América del Sur*. La Paz.
- Fraser, N. (1991) “La lucha por las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío” en Revista Debate feminista. Año 2, Vol. 3. México.
- Fraser, N. (2008) “La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación” Revista de Trabajo, Año 4. Número 6, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Buenos Aires.
- Galaz, C. (2012) “El señuelo de la integración: Los procesos de diferenciación, subjetivación y subalternización en los dispositivos educativos para las mujeres inmigradas” Revista latinoamericana de educación inclusiva. Vol. 6, N° 1. Santiago de Chile.
- Galoppo, L. (2017). Necesidad y urgencia en la protección de los derechos de las personas migrantes El amparo presentado por organizaciones de la sociedad civil ante el DNU 70/2017. Revista Temas de Antropología y Migración, 9, 143-153.
- Gavazzo, N. - Penchaszadeh, A. (2020) “La otra pandemia. Migrantes entre el olvido estatal y el apoyo de las redes comunitarias” en Díaz, M -Miranda, B. – Alfaro, Y. (Trans)Fronteriza : Pandemia y migración # 2. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. CLACSO. https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/10/V4_TransFronteriza_N2.pdf
- Guizardi, M. (2020) “Las mujeres y las regiones fronterizas latinoamericanas. Movilidades, violencias y agencias”. Revista Nueva Sociedad N° 289. CABA.
- Lozano, J.I. – Sala, J. B. – Basterrechea, G. (2014) Flujos Migratorios y estructura social en la Argentina: aportes para una lectura política y social. Documento de Cátedra. Cátedra de Estructura Social y Problemas Sociales Argentinos. Facultad de Trabajo Social. UNLP.
- Nejamkis, L. (2016). *Políticas migratorias en la Argentina, 1976 – 2010: de la Doctrina de Seguridad Nacional, a la consolidación del derecho humano a la migración*. Prometeo Libros. CABA.
- Pecceca, M. - Courtis, C. (2008) *Inmigración contemporánea en Argentina: dinámica y política*. CEPAL. Serie Población y Desarrollo N° 84. Santiago de Chile.

Artículos centrales

Diplomacia sanitaria y geopolítica: la guerra mundial por las vacunas

María Belén Herrero^a y Marcela Belardo^b

Fecha de recepción: 21 de junio de 2021
Fecha de aceptación: 28 de junio de 2021
Correspondencia a: María Belén Herrero
Correo electrónico: bherrero@flacso.org.ar

- a. Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora de CONICET en el Área de Relaciones Internacionales de FLACSO Argentina.
- b. Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora de CONICET en el Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades (IESCODE-UNPAZ).

Resumen:

La pandemia de COVID-19 pone en evidencia, la estrecha relación entre el comercio y la salud pública; las contradicciones entre los intereses económicos y el derecho a la salud; la importancia del acceso universal a los sistemas de salud como principal política sanitaria y la cooperación entre los países como herramienta epidemiológica. En el año 2021, el año de la guerra mundial por las vacunas, la salud ocupa un lugar destacado en las agendas de los organismos internacionales y de los foros globales, donde se disputan los intereses económicos y geopolíticos de los actores que los conforman: los países, sobre todo, pero también la gran industria farmacéutica y el sector filantrópico. El objetivo de este artículo es abordar, desde el campo de la salud internacional, el rol de los organismos internacionales de salud y de los países que los integran en la gestión de la pandemia, con un foco en las disputas geopolíticas, la diplomacia sanitaria, y la producción y distribución desigual de las vacunas contra la COVID-19 en el mundo. Se concluye que la producción farmacéutica debe estar íntimamente ligada a la soberanía sanitaria, y a la efectiva realización del derecho a la salud.

Palabras clave: Geopolítica - Diplomacia Sanitaria - Pandemia de COVID-19.

Summary

The COVID-19 pandemic highlights the close relationship between trade and public health; the contradictions between economic interests and the right to health; the importance of universal access to health systems as the main health policy and cooperation between countries as an epidemiological tool. In 2021, the year of the world war for vaccines, health occupies a prominent place on the agendas of international organizations and global forums, where the economic and geopolitical interests of the actors that comprise them are disputed: the countries, especially, but also the large pharmaceutical industry and the philanthropic sector. The objective of this article is to address, from the field of international health, the role of international health organizations and the countries that integrate them in the management of the pandemic, with a focus on geopolitical disputes, health diplomacy, and the uneven production and distribution of COVID-19 vaccines around the world. It is concluded that pharmaceutical production must be closely linked to health sovereignty, and to the effective realization of the right to health.

Key words: Geopolitics; Health Diplomacy; COVID-19 pandemic.

Introducción

A 18 meses del inicio de la pandemia de COVID-19 los casos notificados globales alcanzan los 175 millones de contagios, y las muertes superan los 3,8 millones (Our World in Data, 2021). La circulación del virus continúa sacudiendo al mundo con gravísimas consecuencias sanitarias, económicas, sociales y políticas. Desde su inicio ya se produjeron 114 millones de nuevos desocupados y 500 millones más de pobres (OIT, 2021). El 2021 se inicia con mutaciones del virus aún más contagiosas y, por lo tanto, más peligrosas y la pandemia está aún lejos de haber terminado y la respuesta mundial se encuentra en una fase crítica.

En un mundo cada vez más interconectado y globalizado -y en especial frente a problemas de salud globales como la Covid-19- las respuestas no pueden ser únicamente individuales, sino que deben construirse de manera colectiva. En efecto, en respuesta a esta emergencia sanitaria, si hay algo que ha primado hasta ahora, a 18 meses de iniciada la pandemia, ha sido la tendencia por parte de la mayoría de los gobiernos del mundo a adoptar acciones individuales, lo que ha dejado a la deriva a los países más empobrecidos, en una especie de "sálvese quien pueda" (Garber, 2021). La distribución de las vacunas contra la COVID-19, hoy una de las principales formas de controlar la pandemia, va en la misma dirección. Lejos de los primeros anuncios de declarar la vacuna una vez descubierta un bien público global, lo que

prima es la lógica del mercado, según la cual los procesos de compra-venta responden más a criterios económicos y geopolíticos que a demandas de Salud Pública. Este escenario da cuenta de las tensiones del sistema internacional, del que la salud es un aspecto no menor y de creciente relevancia en materia de política exterior y que ha adquirido gran visibilidad a causa de la pandemia, los actores que intervienen y las disputas y conflictos. El objetivo de este artículo es abordar, desde el campo de la salud internacional, el rol de los organismos internacionales de salud y de los países que los integran en la gestión de la pandemia, con un foco en las disputas geopolíticas, la diplomacia sanitaria, y la producción y distribución desigual de las vacunas contra la COVID-19 en el mundo.

El escrito se organiza en cinco partes, en la primera parte se aborda el devenir de la salud como campo de acción y de conocimiento, y la irrupción de la pandemia en este ámbito cada vez más complejo. En la segunda parte se presentan los organismos internacionales de salud en tanto arenas de disputas, en particular ante la actual pandemia de COVID-19. En la tercera se parte presenta una discusión en torno a la desigual distribución de vacunas y los derechos de propiedad intelectual que otorgan las patentes, y el rol que están desempeñando por un lado la Organización Mundial de Comercio, a partir del accionar de los estados miembros, y por el otro las grandes industrias farmacéuticas. En la cuarta parte se reflexiona en torno al lucro, la geopolítica y la

diplomacia en la guerra mundial por las vacunas que se ha desencadenado con la llegada de las primeras vacunas contra la COVID-19. Finalmente, se esbozan unas conclusiones provisionales en torno a los intereses en juego en el sistema internacional, las disputas geopolíticas y los desafíos que este escenario presenta para los países de América Latina.

La salud como asunto internacional en tiempos de pandemia

La Salud Internacional es un campo que estudia cómo las relaciones y las interacciones entre países afectan la salud colectiva de sus pueblos. Qué se entiende por Salud Internacional ha ido variando conforme las etapas históricas y los paradigmas o perspectivas teórico-políticas. Si bien no existe una definición única de la salud internacional, diversos autores han intentado definir sus contornos y márgenes conceptuales.

Algunos autores definen a la Salud Internacional como un campo interdisciplinario de conocimiento, investigación y acción que se ocupa de los problemas relacionados a la salud de las poblaciones más allá de sus fronteras nacionales. Mario Rovere (1990) en un intento por complejizar esa definición, entiende a la Salud Internacional como un recorte del campo de las relaciones internacionales que, a través del intercambio del conocimiento, información, financiamiento, insumos, tecnologías físicas y de gestión e influencia política, tiende a mejorar las condiciones de salud y de vida de las poblaciones dentro de los límites que los intereses de los países involucrados imponen (p 5).

Lo que sí es un punto de acuerdo es que las transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales y la intensificación de procesos económicos y sociales afectan sin dudas la salud colectiva de las poblaciones debido a las inequidades que subyacen a estos modos de producción y a la generación de desigualdades.

La salud como asunto internacional tiene una larga historia, no ha estado exenta de conflictos, intereses contrapuestos y tensiones y ha sufrido importantes cambios y constantes disputas. Históricamente el término “salud internacional” se ha identificado con el control de las epidemias a través de las fronteras y en los puertos de mar, particularmente en el combate a las enfermedades transmisibles (Godue, 1992). Sin embargo, esta concepción ha ido modificándose.

En su devenir la agenda de la salud internacional fue adquiriendo rasgos específicos y se fueron perfilando nuevos contornos; se ha ampliado, complejizado y adquirió una dinámica más acelerada, no sólo debido a los nuevos problemas que afectan a las poblaciones, sino también a nuevas consideraciones que se hacen desde la faceta social. En particular, y luego de la caída del Muro de Berlín comienza a reconfigurarse el campo de la salud internacional.

La salud entendida en su concepción social más amplia es en la actualidad un objetivo internacional incuestionable. Este contexto dio un fuerte impulso hacia una mayor internacionalización de la salud y en ese camino fue adquiriendo una relación mucho más estrecha con la política exterior (Kickbusch, 2004).

Así, la salud internacional, involucra una compleja red de sistemas privados y estatales, organismos internacionales, determinantes sociales, economía, producción, mercados, servicios, así como el proceso mismo de salud-enfermedad, es una parte integral del campo de las relaciones internacionales. Esto último hace que sea imposible tratar el tema salud-enfermedad como si tuviera lugar solamente dentro de las fronteras nacionales (Panisset, 1992). En consecuencia, la salud es un tema multidimensional que exige una acción internacional.

Cabe destacar que más allá de su origen europeo, América Latina se constituyó en pionera desde principios del siglo XX otorgándole al campo de la Salud Internacional un dinamismo inusitado. En este sentido, la agenda de salud en América Latina y El Caribe tiene una larga historia ligada a la salud como asunto internacional. A esto se suma que la mayoría de los países periféricos, incluyendo los de América Latina y El Caribe, tienen una doble carga de enfermedad, esto es, patologías no transmisibles que afectan a la mayor parte de la población y socavan su calidad de vida, y la persistencia de enfermedades infecciosas y transmisibles que afectan, principalmente, a los grupos más vulnerables.

En un mundo cada vez más interconectado e interrelacionado, es posible hallar repercusiones directas e indirectas sobre la salud de la gente que se originan en el modo de vivir de la sociedad actual. La pandemia de COVID-19 es una muestra indudable de esto, y como vemos, la relación dinámica entre salud y enfermedad genera consecuencias que van más allá de sus límites locales, nacionales, e incluso regionales.

Frente a una mayor interdependencia e interconectividad por una globalización contemporánea que parecía desafiar la distinción tradicional entre actividades del sector salud doméstica y esfuerzos internacionales en el área de salud, se produce un aumento de actores y del amplio conjunto de problemas de la agenda sanitaria. Temas tales como derechos de propiedad intelectual, producción y distribución de medicamentos e insumos, comercio internacional y derechos humanos pasaron a formar parte de la arena internacional de la salud y a marcar nuevos desafíos en materia de diplomacia en salud (Almeida, 2013). Esta agenda ampliada se extendió a nuevos ámbitos de debate, con actores cada vez más diversos y hacia nuevos foros de discusión. La salud pasó a integrar otras agendas, por ejemplo, del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, la Organización Mundial del Comercio y el G-20, que hoy están discutiendo las consecuencias de una producción y distribución desigual de vacunas, dejando a los países periféricos en una situación de "apartheid de vacunas". Frente a la actual pandemia, la salud ocupa un lugar destacado en las agendas de los organismos internacionales y foros globales donde se disputan los intereses económicos y geopolíticos de los actores que los conforman, los países, sobre todo, pero también la gran industria farmacéutica y el sector filantrópico (Belardo y Herrero, 2020a).

Los organismos internacionales de salud en disputa

Los organismos internacionales de la salud están en primera plana, y particularmente ha puesto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el ojo de la tormenta (Belardo y Herrero, 2020b). Las disputas entre los países al interior de ellos quedaron en evidencia, sobre todo en la actual guerra por la adquisición de vacunas.

Los 196 países que componen la OMS se rigen por un acuerdo internacional jurídicamente vinculante, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), vigente desde 2005. Los países deben notificar a la OMS los eventos que puedan constituir una "emergencia de salud pública de importancia internacional" que pueda propagarse, con el fin de controlarla y darle una respuesta desde la salud pública. La OMS, sin embargo, tiene una autoridad limitada para garantizar el cumplimiento del RSI por parte de los estados; puede hacer recomendaciones a los países sobre qué hacer para mejorar la salud de sus ciudadanos y qué medidas tomar para prevenir el brote

de enfermedades, pero no puede hacer cumplir el reglamento ni tiene la capacidad de obligar o sancionar a sus miembros (Belardo y Herrero, 2020c).

Precisamente por las limitaciones de la OMS en el contexto de la actual pandemia y con la convicción de que el mundo que se avecina vivirá con la aparición de diferentes y sucesivos patógenos que amenazarán la salud mundial, la 74^o Asamblea Mundial de Salud de la OMS realizada a fines de mayo de 2021 planteó como punto principal que los países acuerden un nuevo tratado que fortalezca los poderes de la OMS. Ligado a lo anterior se está discutiendo cómo instaurar un sistema de financiación previsible y obligatorio que la haga menos dependiente de un puñado de grandes donantes que le hacen contribuciones voluntarias y que son los que definen la agenda de la salud internacional (Infopan, 2021; Buss, Alcazar, Galvao 2021).

En abril de 2020, la administración estadounidense a cargo de Donald Trump anunció la suspensión temporal de los fondos que le otorga a la OMS con el argumento de que el organismo no había hecho su trabajo de enviar expertos médicos a China para medir la situación de "forma objetiva en el terreno". No es la primera vez que la OMS es un campo de disputa de los intereses políticos de los países, como tampoco es la primera vez que EE. UU. intenta poner en jaque a una organización multilateral retirando sus fondos. De hecho, esa es su política cuando estos organismos no responden a sus intereses inmediatos (Belardo y Herrero, 2020b).

Los estados miembros tienen diferentes niveles de influencia en la OMS debido a sus capacidades financieras y políticas. El presupuesto de la OMS está compuesto por contribuciones obligatorias y contribuciones voluntarias. En cuanto a las contribuciones obligatorias, estas son las cuotas que pagan sus 194 estados miembros, fijadas por la ONU de acuerdo con una fórmula que toma en cuenta la riqueza y la población del país. Actualmente ese dinero se utiliza básicamente para pagar los salarios y los gastos administrativos del organismo. En cuanto a los recursos voluntarios, son contribuciones realizadas por donantes estatales y no estatales destinados a actividades y programas predefinidos por los mismos donantes, y aquí se encuentra uno de los grandes problemas de la OMS desde hace tres décadas.

Como todos los organismos internacionales, la OMS ha sido desde su constitución una arena de disputa de los países. Hasta la década de 1960, la OMS era el líder

indiscutible a nivel internacional. Su legitimidad estaba vinculada a la autoridad científica y profesional que guiaba prácticas y estrategias con el objetivo de atender los problemas de salud en todo el mundo (Almeida, 2013). En términos de proyectos políticos de salud, Estados Unidos siempre estimuló el profesionalismo y el crecimiento burocrático, llevando campañas globales y técnicamente orientadas al control o eliminación de enfermedades específicas con la modalidad de programas de salud “verticales”, basado en programas que se implementan de “arriba” hacia “abajo”, sin participación de los directamente involucrados, con un enfoque reduccionista de la salud en el que las actividades se orientan, desde un paradigma técnico y biológico, al comportamiento y las características biológicas individuales como la causa principal de las enfermedades (Birn, 2009). Desde esta visión no se apunta a resolver las causas estructurales de los problemas de salud, sino problemas específicos y grupos poblacionales focalizados. Durante el período de la Guerra Fría además se desarrolló otro enfoque de salud más inclinado a los enfoques sociales y económicos que determinan la salud de la población, es decir, a sus causas estructurales. Ambos enfoques se mantuvieron en el tiempo con diferentes énfasis, aumentando o disminuyendo, dependiendo de las relaciones de fuerza de los países (Brown, Cueto y Fee, 2006).

Las décadas de 1960 y 1970 estuvieron marcadas por la descolonización de África, la expansión de los movimientos socialistas y nacionalistas y las nuevas teorías del desarrollo con énfasis en el crecimiento económico y social. En ese contexto, un hito en el campo de la salud internacional fue la “Declaración de Alma Ata” celebrada en 1978 que postuló a la salud como un derecho humano fundamental que debe lograrse mediante políticas sociales y de salud integradas (y no solamente tecnológicas) poniendo el énfasis en un tipo particular de atención de la población: la atención primaria de salud. La respuesta inmediata de EE.UU. a esta declaración fue la Conferencia de Bellagio (Italia), realizada al año siguiente, financiada por la Fundación Rockefeller y respaldada por el Banco Mundial y UNICEF. La reunión lanzó el concepto de “atención primaria de salud selectiva”, es decir, la implementación de intervenciones técnicas, de bajo costo y de pequeña escala (Brown, Cueto y Fee, 2006, Almeida, 2013b).

La disputa por el liderazgo de la OMS culminó, luego de la caída de la Unión Soviética, con el predominio del Banco Mundial en el ámbito de la salud internacio-

nal desde fines de la década de 1980 en adelante. En el contexto de auge de las políticas neoliberales, nuevos actores extra sanitarios, como el ya mencionado Banco Mundial, la Organización Mundial del Comercio, las empresas multinacionales de la industria farmacéutica y nuevos filántropos como la Fundación de Bill y Melinda Gates (FBMG) comienzan a actuar fuertemente en el ámbito global de la salud. Con la caída de los países socialistas, el mercado de la salud se encontró con nuevos territorios de conquista, y esta lógica fue dominando cada vez más el campo de la salud internacional. El conjunto de actores extra sanitarios reorientó la agenda de la salud y dio impulso a las reformas de los sistemas de salud cuyas consecuencias se están viendo en la actual pandemia. Estas reformas no solo no ayudaron a superar las desigualdades ya existentes en salud, sino que las profundizaron (Almeida, 2013b).

En relación con el financiamiento de la OMS, en la década de 1980, el gobierno del presidente conservador Ronald Reagan congeló la contribución financiera de Estados Unidos con el fin de tomar represalias contra el organismo por su programa de medicamentos esenciales, que estableció un recetario de medicamentos genéricos, considerados deliberadamente contrarios a los intereses de las empresas estadounidenses (Almeida, 2013b). En 1993, se congelaron las contribuciones de los países miembro debido a una resolución también patrocinada por EE. UU., pero durante un período de tiempo aun estas superaban a las fuentes voluntarias de financiación. Sin embargo, ya en esa misma década, los préstamos del Banco Mundial para el sector de la salud superarían el presupuesto total de la OMS (Almeida, 2013b). Unos años más tarde, los recursos voluntarios se convertirían en la principal fuente de ingresos del organismo, que hoy representan casi el 80% total de su presupuesto (Belardo y Herrero, 2020b).

La cuestión del financiamiento de la OMS está vinculada a la capacidad que tiene este organismo de decidir sobre los destinos de los fondos. Cuando a partir de la década de 1990 las contribuciones de los países se congelaron, la OMS comenzó a debilitarse y a perder credibilidad y para fortalecer su imagen global utilizó el concepto de “fondos globales” y “asociaciones mundiales”, alentando a otros actores a que realicen donaciones (Almeida, 2013).

Estados Unidos es el mayor contribuyente de la OMS y esto ejerce gran influencia marcando la agenda de la salud internacional. El estrangulamiento económico es

una forma de asfixiar y de disciplinar al organismo. Esta ha sido la estrategia histórica de los EE. UU. cuando los organismos no cumplen con sus intereses (Belardo y Herrero, 2020b). El segundo mayor aportante de la OMS es la Fundación Bill y Melinda Gates y la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI, siglas en inglés), una asociación público-privada con una estructura de gobierno híbrida en la que participan gobiernos y actores no estatales, como las corporaciones farmacéuticas. Luego se ubican Reino Unido, Alemania, la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) y el Banco Mundial (Belardo y Herrero, 2020b).

Esto conduce a una limitación del margen de acción y de una progresiva privatización del organismo si tenemos en cuenta que las contribuciones voluntarias se destinan a lo que los donantes definan. Así asistimos en las últimas dos décadas cómo la agenda de la OMS se vio cada vez más reducida a objetivos específicos como la lucha contra la malaria o la tuberculosis (a través de la alianza Stop TB) o la mejora del acceso a vacunas nuevas y subutilizadas para los niños que viven en los países más pobres del mundo (a través de GAVI). Estos programas son producto de asociaciones público-privadas (APP), en donde un conjunto de actores privados (fundaciones filantrópicas y empresas farmacéuticas) terminan incidiendo económica y políticamente en la definición de las líneas estratégicas de la salud a escala global (Almeida, 2017; Ruckert y Labonté, 2014). Casi un cuarto del presupuesto bienal de la OMS tiene que ver con el trabajo con estas asociaciones, por lo que es cada vez más dependiente del capital privado, lo que ha conllevado a la fragmentación de los esfuerzos y de las políticas de salud, perdiendo incluso capacidad del control sobre los resultados. Un claro ejemplo es el caso del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria creado en 2002 y que representa actualmente la mayor APP en salud (Almeida, 2013). Estas APP eluden las trabas burocráticas impuestas por la ONU en la financiación de servicios y terapias para combatir estas tres enfermedades. Reciben fondos de manera directa, y los distribuyen de manera directa a los distintos programas de más de 140 países, lo que contribuye a debilitar aún más el rol de la OMS. Además, cuando un donante da dinero -por ejemplo, la industria farmacéutica- sus representantes solicitan estar presente en los comités de expertos de los diferentes programas. Esto da cuenta de conflictos de interés graves, como ha sucedido con la epidemia de H1N1 en 2009, cuando el organismo fue duramente cuestionado por declarar

la alerta máxima internacional, siguiendo el consejo de su Comité Permanente de Vacunación, integrado por miembros y consejeros estrechamente vinculados con las farmacéuticas Glaxo y Roche, fabricantes de Tamiflu y Relenza. Luego de esta declaración, los gobiernos de todo el mundo gastaron millones de dólares para adquirir y almacenar grandes cantidades de esos fármacos (Velasquez, 2015). Poco tiempo después, un informe realizado por investigadores de Cochrane Collaboration y British Medical denunciaba que esos fármacos no eran más efectivos que el paracetamol o cualquier otra medicina para la gripe común.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), organismo de la región de las Américas, funciona de manera similar. Estados Unidos utilizó la misma estrategia con la OPS que con la OMS dado que dejó de pagar la cuota correspondiente a 2019 a cambio de una investigación independiente del programa *Mais Medicos* (Belardo, 2020).

Cabe mencionar que el programa *Mais Medicos* (2013-2018) desplegó a más de 18.000 profesionales de la salud tanto brasileños como extranjeros, en más de 4.000 municipios rurales y urbanos, en su mayoría de zonas socioeconómicamente vulneradas, y en 34 distritos sanitarios indígenas. Casi dos tercios de los profesionales de la salud que participaron eran de nacionalidad cubana, quienes se unieron al programa a través de un proyecto de cooperación técnica entre la OPS/OMS y los Ministerios de Salud de Brasil y de Cuba. La decisión del gobierno federal brasileño de celebrar este acuerdo bilateral se debió a la escasez o directamente a la ausencia de profesionales de la salud en amplias regiones de su país, a su vez, que incluía una fuerte inversión en la construcción, renovación y expansión de las Unidades Básicas de Salud (UBS) y una ampliación de vacantes para el estudio de la carrera de medicina con una fuerte orientación en medicina general (Belardo, 2020). El programa fue financiado 100% por el Estado brasileño. La cooperación bilateral, como en muchos otros casos, fue canalizada por los organismos multilaterales específicos (en este caso, la OPS) como parte de sus funciones habituales de apoyo técnico, administrativo y financiero entre sus estados miembro. *Mais Médicos* asistió a más de 28 millones de personas que hasta entonces estaban marginadas de una atención básica de salud.

El Secretario de Estado de EE. UU., Mike Pompeo, celebró que la OPS inicie una investigación mientras que el Estado de Florida inició una acción penal contra la

organización panamericana por haber apoyado el programa de cooperación bilateral, acusándola de crimen organizado y de tráfico de personas (Belardo, 2020).

La OPS se financia también a partir de las contribuciones obligatorias que pagan los estados miembros y a través de donaciones voluntarias, de fuentes públicas y privadas. Si se analizan las fuentes del financiamiento de la OPS de 2018-2019, el 74% corresponde a las contribuciones de los países y el 26% a las donaciones con fines específicos. Esta relación es inversa a las fuentes de financiamiento de la OMS. Pero si se observa, por un lado, sólo el financiamiento que hacen los países miembros, Estados Unidos es el principal aportante (43%), y en segundo lugar se ubican los aportes de la propia OMS (25%). El resto de los países realizan aportes muchísimo menos significativos que los aportes mencionados. Si se observa, por otro lado, las donaciones voluntarias con fines específicos nos encontramos, de nuevo, con que EE. UU. realiza el mayor aporte, y lo sigue el Reino Unido. En definitiva, la OPS está financiada fundamentalmente por EE.UU., tanto de forma directa como indirecta a través de la OMS dado que también en la OMS es su principal aportante. Desde este ángulo, podemos ver también cómo la OPS está fuertemente condicionada por la política de Washington (Vance, 2020).

De esta manera, vemos cómo la salud global se encuentra fuertemente condicionada por los intereses privados, pero también por los países más poderosos, en una agenda global donde la mayoría de los países tienen poco margen para decidir. También vemos cómo la agenda de la salud internacional refleja la consolidación de un modelo vertical de intervenir sobre la salud, con un enfoque reduccionista, biologicista y sobre utilizando la tecnología biomédica (Herrero, Loza, Belardo, 2019; Herrero y Belardo, 2020).

En plena pandemia, las estrategias geopolíticas no descansan. Por el contrario, en una crisis como la que estamos viviendo, que no solo es sanitaria sino también económica, social, política y humanitaria, los reposicionamientos y presiones resultan más evidentes, como veremos a continuación.

La desigual distribución de vacunas y las patentes: el rol de la OMC

Como nunca en la historia, los científicos obtuvieron vacunas, medicamentos y tratamientos contra el CO-

VID-19 a una velocidad asombrosa. Sin embargo, y a pesar de contar con las primeras vacunas en tan solo unos pocos meses de iniciada la pandemia, la producción y distribución de las dosis, lejos de responder a la lógica de equidad y acceso universal, continúan regidas por las leyes de la oferta y demanda.

Así, las dificultades que se advierten en torno al acceso a las vacunas para el COVID-19 tienen como telón de fondo el bajo nivel de producción: a la fecha, no hay vacunas suficientes. Las pocas disponibles, además, se han distribuido mayoritariamente en un pequeño grupo de países (Garber, 2021).

Antes de la llegada de las primeras vacunas, las naciones ricas, que concentran sólo el 14% de la población mundial, ya habían pre-adquirido más de la mitad del primer suministro potencial de vacunas en el mundo. De los 700 millones de dosis aplicadas en todo el mundo en los primeros 6 meses de iniciada la vacunación global, más del 87% se ha destinado a países de ingresos altos o medianos-altos y solo el 0,2% a los de ingresos bajos. Esto es, en los países de ingresos altos, una de cada cuatro personas ha recibido una vacuna, mientras que apenas una persona entre 500 en los países de bajos ingresos. Más de 130 países aun no recibieron una sola dosis, y 9 de cada 10 países pobres no tendrían acceso a la vacuna contra la COVID-19 el próximo año (Herrero, Lombardi, 2021). De las vacunas producidas, Latinoamérica tiene, por contrato, sólo un 11 % y África un 4 %. Estas cifras contrastan con las de países como EE. UU y los de la Unión Europea que llegan a cubrir en un 199 % a su población, o Canadá, en un 532% (Malamud y Nuñez, 2021).

Este reparto inequitativo de vacunas a nivel global es resultado, por un lado, de que solo un grupo selecto de países ha podido adquirir y/o producir las primeras dosis disponibles y, por otro, de que no todos los países con capacidad para fabricarlas lo están haciendo. El resultado es la escasez y el acceso desigual a las vacunas, ubicando a los países periféricos en un “apartheid de vacunas”.

Respecto a esto último, una de las principales restricciones está dada por la existencia de derechos exclusivos que otorgan las patentes y otros derechos de propiedad intelectual que generan monopolios a favor de las grandes farmacéuticas (*bigpharma*). Una patente es un título que la autoridad nacional expide a una persona física o jurídica y, así otorga el monopolio temporal de explotación

de una invención. En el caso de patentes, la protección "no expirará antes de que haya transcurrido un período de 20 años" (ADPIC). Es muy conocida la trampa de los laboratorios farmacéuticos que para renovar una patente por otros 20 años presentan un producto supe-
 puestamente nuevo u original, pero es casi idéntico a su antecesor.

Con la creación de la Organización Mundial del Comercio (OMC), las empresas convirtieron el monopolio en una ley global, estableciendo normas que obligaban a cualquier país miembro a respetarlas en pos de la protección y aplicación de estos monopolios (principalmente farmacéuticos y tecnológicos). Así, en 1995, la creación de la Organización Mundial del Comercio (OMC) estableció un tratado sobre derechos de propiedad intelectual: el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Este acuerdo relaciona por primera vez cuestiones de propiedad intelectual y comercio, y proporciona un mecanismo para la solución de diferencias entre los Estados. El acuerdo sobre los ADPIC exige que todos los Estados miembros de la OMC incorporen en sus legislaciones nacionales normas universales mínimas para los derechos de propiedad: los derechos de autor, las patentes y las marcas. Hasta entonces los países tenían la potestad de elaborar y aplicar sus propios sistemas de propiedad intelectual. América latina, de hecho, no protegía a sus productos farmacéuticos. Los acuerdos sobre los ADPIC limitaron considerablemente esa libertad nacional (Nodal, 2020).

Ahora bien, aun cuando la OMC establece esta norma de base, los países conservaban cierto margen de acción. De hecho, es lo que le permitió a la India devenir en el principal país productor de medicamentos genéricos en el mundo. Argentina por ejemplo se negó a firmar el llamado Tratado de Cooperación en Materia de Patentes, que habilitaba a tener una patente global que se respetaba y tenía que cumplirse en todos los países miembros del Tratado. En Argentina, la empresa farmacéutica que quería una patente tenía que solicitarla directamente en la Oficina de Patentes de Argentina para obtener la protección del monopolio de ese medicamento. Como muchos no la solicitaban, Argentina podía fabricar medicamentos genéricos que no solo estaban disponibles en el país, sino que se exportaban a otros países (Taylor, 2021).

Así, es preciso considerar que siempre ha existido una tensión entre la propiedad intelectual en el campo de

la salud pública ya que genera que las compañías farmacéuticas mantengan el control exclusivo y absoluto sobre la producción, distribución y tengan la libertad de fijar los precios. Esta libertad de fijar los precios de los productos patentados ha llevado a que un gran número de medicamentos no se encuentre disponible para la mayoría de la población mundial que vive en los países periféricos. Esto es grave porque cuando hablamos de un producto farmacéutico estamos hablando de un producto esencial para prevenir o curar una enfermedad, incluso para evitar la muerte. El monopolio además genera una enorme disparidad de precios, que vemos actualmente en las vacunas de COVID-19 que va de 4 a 40 dólares. Si bien las patentes no son la única barrera al acceso a los productos farmacéuticos cada vez más, y sobre todo en la actual pandemia, está siendo un factor determinante.

En el 2001 la llamada Declaración de Doha marcó un hito en las discusiones sobre derechos de propiedad intelectual y salud pública, ya que abrió la puerta a ciertas "flexibilidades" en la propiedad intelectual en situaciones de crisis sanitarias. "Cada Estado miembro tiene el derecho de conceder licencias obligatorias y la libertad de determinar las bases sobre las cuales se conceden tales licencias" (OMC, 2001). Al mismo tiempo sostiene que "cada estado miembro tiene el derecho de determinar lo que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia (...)" (OMC, 2001). En este sentido, desde la perspectiva nacional, tenemos varios antecedentes de liberación de patentes farmacéuticas.

Un ejemplo de licencia obligatoria de patentes fue el de Brasil en 2007. Su Ministerio de Salud otorgó una "licencia obligatoria" al medicamento contra el sida Efavirenz, producido por el laboratorio Merck que estaba protegido por su patente. Previamente a la adopción de esta medida, se produjeron extensas negociaciones del gobierno brasileño con el fabricante multinacional alemán, pero no se llegó a un acuerdo. Muchas veces sucedió que, con sólo la amenaza por parte del país de una licencia compulsiva, los laboratorios ceden una parte de sus ganancias con tal de no perder la totalidad del mercado. Liberada la patente en territorio nacional, Brasil pudo entonces iniciar la producción local del medicamento y superar la crisis sanitaria por la que estaba atravesando. La medida adoptada por el gobierno brasileño no significó ni un acto ilegal ni una muestra de autoritarismo estatal ni un avasallamiento a la propiedad privada intelectual -como hoy pretenden hacernos creer

las grandes corporaciones farmacéutica y algunas naciones ricas-. Fue una medida amparada en los acuerdos internacionales (Taylor, 2021).

Brasil no ha sido el único país en utilizar este mecanismo, sino que otros países, urgidos por crisis sanitarias, tuvieron que dar el mismo paso como Tailandia, Mozambique, Malasia e Indonesia, entre otros. Antes del 2001, cuando el mundo atravesaba la epidemia de VIH/Sida, los monopolios farmacéuticos provocaron que las personas de países de altos ingresos tuvieran acceso a medicamentos contra el VIH, mientras dejaba morir a millones de personas en los países periféricos. No debemos olvidar esa tragedia y mucho menos hoy que se está produciendo un fenómeno bastante similar en nuestros países.

El lucro, la geopolítica y la diplomacia: las vacunas

En el marco de la pandemia, y frente a la escasez de vacunas, en octubre de 2020 India y Sudáfrica propusieron en el Consejo de los ADIPC de la OMC que se suspenda temporalmente los derechos de propiedad intelectual sobre tecnologías, medicamentos y vacunas para el COVID-19, permitiendo así a los países periféricos producir o eventualmente adquirir versiones más accesibles de estas tecnologías médicas al levantar los secretos comerciales y liberar el *know how* tecnológico para ampliar la producción mundial de dosis.

Se han realizado más de 10 reuniones, y si bien la propuesta es apoyada por más de 100 países, se necesitan dos tercios de los 164 países que componen la OMC para que sea aprobada. Frente a esta propuesta, las principales potencias occidentales - Estados Unidos, Reino Unido, la Unión Europea, Brasil, Japón y Australia-, se han alineado en contra, y aliándose con los laboratorios farmacéuticos, están bloqueando la iniciativa (Herrero y Lombardi, 2021). Al mismo tiempo, son estas mismas naciones ricas las que están acaparando la mayoría de las existencias mundiales de vacunas. Los países desarrollados han comprado más dosis de las necesarias para su población. Mientras que el resto debe asegurarse sus propias dosis, pero en desigual poder de negociación -y capacidad de pago- con las grandes multinacionales farmacéuticas. Tampoco hay que olvidar que dos tercios partes del financiamiento para la investigación en vacunas proviene del financiamiento público (Herrero y Lombardi, 2021).

Sorpresivamente la administración de Joe Biden modificó su postura y se pronunció a favor de suspender las protecciones de patentes para las vacunas contra el COVID-19 mientras dure la pandemia. Es posible que el cambio de postura de los Estados Unidos sea más una táctica política para restaurar su reputación arruinada dada su indiferencia y acciones negativas en la distribución de vacunas al resto del mundo en un contexto donde su liderazgo mundial se encuentra disputado por China y Rusia en lo que concierne a la diplomacia de las vacunas. Al mismo tiempo, el gobierno de EE. UU. prometió donar algunas dosis que tiene en exceso (y que no están aprobadas para su uso en Estados Unidos) al extranjero, ya sea a través del mecanismo COVAX de la OMS o de acuerdos bilaterales. Justamente la donación ha sido la propuesta política que definieron las 20 economías más importantes del mundo reunidos en la Cumbre de Salud Global del G20 durante el mes de mayo de 2021. Es la política filantrópica del magnate estadounidense Bill Gates la que prevaleció en la cumbre. Gates aseguró recientemente que la superación de la pandemia del coronavirus a nivel global dependerá de que los países más ricos compartan los excedentes de sus vacunas con las naciones que tienen menores recursos económicos para adquirirlas (Belardo, 2021).

Por un lado, en esta disputa se hace visible una vez más el conflicto entre el lucro privado y salud pública y que se refleja en la persistencia de las grandes farmacéuticas, que son las que tienen derechos exclusivos para fabricar las vacunas, en negarse a permitir la suspensión de las patentes. Y que se consolida con el apoyo de los países occidentales más ricos en connivencia con los intereses de la industria farmacéutica.

Por el otro, Rusia y China, ambos productores de vacunas, estarían a favor de liberar las patentes de sus vacunas en apego a las reglas de la OMC, que permite hacerlo en situaciones extraordinarias como la actual pandemia.

En este escenario, las vacunas contra el COVID-19 se han convertido en un arma más de la diplomacia, y América Latina y el Caribe sigue siendo un escenario donde todos juegan. China, Rusia e India están en carrera para conquistar mercados e influencia política a través de la diplomacia sanitaria, aunque sus intereses son diferentes. La posición de los tres países contrasta con el unilateralismo de europeos y estadounidenses (Belardo, 2021b).

India es el mayor productor de vacunas en el mundo y está jugando fuerte en la Organización Mundial del Comercio (OMC). Junto con Sudáfrica están proponiendo que la organización renuncie a ciertas protecciones sobre la propiedad intelectual, permitiendo a los países pobres fabricar versiones asequibles de las vacunas. India enfrenta de esta manera a la *bigpharma* para fortalecer sus empresas nacionales. Al mismo tiempo que juega fuerte en los países asiáticos para contrarrestar la influencia de China.

China, la más grande factoría del mundo, continúa siendo el mayor proveedor de insumos, equipos de protección, respiradores, y ahora con sus tres vacunas (Sinopharm, Cansino, y Sinovac), dos de producción estatal y una en asociación con los canadienses. Rusia, con la Sputnik V, ha ratificado su capacidad de producción científico-tecnológica -a pesar de una furiosa campaña de desprestigio- y ha mejorado su posición en el sistema internacional, y estrechado lazos con América Latina, entre otras regiones. China, al igual que Rusia, están aprovechando la oportunidad para fortalecer su poder en los países periféricos. Particularmente el gigante asiático intenta ganar más influencia en América Latina aprovechando la política de Trump que se inclinó más hacia el interior de sus fronteras basado en el principio de "primero los americanos". China aprovecha entonces la cooperación que había establecido antes de la pandemia para fortalecer sus intereses en la región (Belardo, 2021b).

A su vez, no debemos olvidar que el nuevo virus llega a una América Latina, que continúa siendo la región más desigual del mundo, y ha sido blanco de reformas salvajes de sus sistemas sanitarios. Esta región presenta un mosaico epidemiológico en el que cada país, y al interior de estos, prevalecen diferentes tipos de enfermedades: por un lado, las crónicas como hipertensión, diabetes, distintos tipos de cáncer, y por otro lado, las infecciosas como fiebre amarilla, zika, tuberculosis, chikungunya y chagas. Estos tipos de eventos requieren acciones, infraestructura, profesionales e investigadores de salud específicos.

Ningún sistema de salud está totalmente preparado para atender este tipo de epidemia y este es el principal problema que enfrentan los países ante este nuevo virus. Las condiciones estructurales de los sistemas sanitarios juegan hoy un papel central y, en ese sentido, las secuelas que han dejado las políticas neoliberales de ajuste al gasto público que se vienen implementando desde la

década de 1980 se hacen mucho más visibles (Herrero y Belardo, 2020b).

La privatización de la salud a gran escala es un proceso de larga data, sobre todo en América Latina. Actores como el Banco Mundial han tenido un rol protagónico en estos procesos de reformas, como también muchas de las más influyentes instituciones filantrópicas que hoy manifiestan preocupación en torno al abordaje de la pandemia.

La pandemia encontró a América Latina en un momento de marcada debilidad en algunos de sus procesos de integración regional. Esto a pesar de que la institucionalización sanitaria tiene una amplia trayectoria a nivel regional. Desde la conformación de la Organización Panamericana de la Salud en 1902, hasta organismos como la Comunidad Andina de Salud, creada en 1971 y el Subgrupo de Trabajo N° 11 Salud del Mercosur, establecido en 1996. Sin embargo, fue la experiencia de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) la que ha dado un paso fundamental, en tanto bloque político, en considerar a la salud como un derecho humano y al acceso universal y los determinantes sociales como temas centrales. A ello se sumó la apuesta por desarrollar una diplomacia sanitaria regional con eje en la cooperación sur-sur y la proyección de los intereses regionales en ámbitos multilaterales.

La crisis sanitaria visibiliza la fragmentación regional. Lo que se ve es que las alianzas entre los distintos bloques han sido parciales a la hora de enfrentar la pandemia. En contextos de crisis sanitaria, el nivel regional brinda una valiosa oportunidad a los países para potenciar sus capacidades, complementar acciones, no duplicar esfuerzos y sumar las lecciones aprendidas. La articulación y la concertación regional podría haber contribuido a respuestas más efectivas para enfrentar la pandemia (Herrero y Nascimento, 2020). La actuación conjunta tiene, además, un telón de fondo: la posibilidad de reducir las asimetrías, que han sido evidentes en esta crisis pandémica y que las limitaciones por el acceso equitativo a las vacunas reflejarán con mayor crudeza (Herrero y Nascimento, 2020).

En el nivel nacional, la coordinación regional es necesaria con miras a apuntalar las capacidades locales y, especialmente, la producción de insumos, equipos médicos, un punto que ha sido crítico en muchos países de la región en tiempos de pandemia, e incluso medicamentos y vacunas considerando la capacidad que tienen al-

gunos países de América Latina, como Brasil, México, Colombia, Argentina, y por supuesto Cuba. En el nivel regional, se precisa la acción conjunta para articular y fortalecer la cooperación transfronteriza; garantizar la coordinación de vuelos que transportan equipamientos y vacunas, sobre todo para aquellos países donde está logística es un impedimento en la adquisición de vacunas. A escala global, la articulación regional podría haber facilitado un mayor acceso a los organismos multilaterales con el fin de unir fuerzas para actuar juntos y negociar en bloque, entendiendo y defendiendo la salud como un derecho. Con la extinción de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) se ha perdido un importante espacio político regional y global en salud en América del Sur, en un momento de extrema necesidad y urgencia.

Conclusiones provisionarias

La pandemia de COVID-19 está poniendo sobre la mesa algunos temas de debate, que nunca pierden vigencia, pero que sí se re significan conforme el momento histórico en el que vivimos: la estrecha relación entre el comercio y la salud pública; las contradicciones entre los intereses económicos y el derecho a la salud; la importancia del acceso universal a los sistemas de salud como principal política sanitaria y la cooperación entre los países como herramienta epidemiológica.

El año 2021, el año de la guerra mundial por las vacunas, debe llamar nuestra atención por el carácter estratégico de la producción farmacéutica, sobre todo, porque el mundo que se inaugura con esta pandemia será un mundo de recurrentes epidemias o pandemias debido a la emergencia de nuevos patógenos. Por eso afirmamos que la producción farmacéutica debe estar íntimamente ligada a la soberanía sanitaria, y a la efectiva realización del derecho a la salud.

La exigencia actual es la liberación de las patentes de

las vacunas, medicamentos y tecnologías contra el COVID-19 ya que son un bien público de la humanidad. Pero al mismo tiempo, no puede estar escindida del fortalecimiento de las capacidades nacionales -que requieren de escala para ser económicamente viables-. En ese sentido, el aumento del financiamiento público para crear, ampliar e integrar las capacidades productivas regionales es esencial y estratégico de cara al futuro. Pero al mismo tiempo, es urgente articular un espacio regional para elaborar un registro completo de capacidades productivas existentes para vacunas y medicamentos, de forma tal de poder disponer planificadamente de una política de producción y distribución de vacunas equitativas en nuestra región. Algunos países cuentan con capacidades productivas como Brasil -que ya está produciendo vacunas y medicamentos contra la COVID-19 a partir de transferencias de tecnologías-, México y parcialmente Argentina. Contamos con el antecedente regional, de la mano de la UNASUR-Salud, que había comenzado la realización de un mapeo de capacidades productivas en América del Sur. El Grupo Técnico de Acceso Universal a Medicamentos (GAUMU-UNASUR) fue creado con el objetivo de coordinar las capacidades productivas de los países en pos de una política sudamericana de acceso universal a medicamentos. Si bien la situación política regional actual no es la misma que hace una década, ese antecedente debería servir de base para retomar un mapeo productivo regional a través universidades, institutos de investigación y diferentes redes ligadas a la temática para considerar una política regional farmacéutica, que hoy más que nunca adquiere un carácter estratégico.

La pandemia de COVID19 ilumina dos cuestiones centrales: en primer lugar, que la salud global es un conglomerado de actores público y privado, que las más de las veces lucran con la salud de las poblaciones del mundo y frecuentemente actúan contrariamente a sus necesidades reales; y en segundo lugar, que la salud necesariamente deber ser pública, universal y el Estado su principal garante.

Bibliografía

- Almeida, C. (2017) *Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais*. Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 2:e00197316
- Almeida, C. (2013b) *El Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y las reformas contemporáneas en los sistemas de salud*. En: La demolición de derechos: un examen de las políticas del Banco Mundial para la educación y la salud (1980-2013). Editorial: EdUNLu.
- Almeida, C. (2013) *Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil*. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. Río de Janeiro: FIOCRUZ/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
- Belardo, M. (2021) *Las empresas farmacéuticas y su hábil estrategia de convertir cuestiones de derecho en beneficencia*. Revista Hamartia, 30 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.hamartia.com.ar/2021/05/30/cumbre-g20-salud/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Belardo, M. (2021b) *Diplomacia sanitaria: un arma más para influir en América Latina*. Nodal, noticias de América Latina y el Caribe. 16 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.nodal.am/2021/04/diplomacia-sanitaria-un-arma-mas-para-influir-en-america-latina-por-marcela-belardo/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Belardo, M. y Herrero, MB. (2020 a) *Los organismos internacionales, arenas de disputas en tiempos de pandemia*. Revista Hamartia, 11 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.hamartia.com.ar/2020/11/15/organismos-internacionales-disputa/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Belardo, M. y Herrero, MB. (2020b) *COVID-19: la OMS en el ojo de la tormenta*. Revista Hamartia. 20 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.hamartia.com.ar/2020/04/21/oms-tormenta/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Belardo, M. y Herrero, MB. (2020c) *COVID-19 y la Agenda Global*. Revista Soberanía Sanitaria, Número 7, pag. 64 a 70, Junio 2020. Consulta 13 de junio de 2021.
- Belardo, M. (2020) *Organización Panamericana de la Salud: ¿un peón en el tablero de control del "Patio Trasero"?*. 25 de julio de 2020. Nodal, noticias de América Latina y el Caribe. 16 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.nodal.am/2020/07/organizacion-panamericana-de-la-salud-un-peon-en-el-tablero-de-con>
- trol-del-patio-trasero-por-marcela-belardo/ Consulta 13 de junio de 2021.
- Birn AE. (2009) *The stages of international (global) health: histories of success or successes of history?* Glob Public Health. 2009;4(1):50-68. doi: 10.1080/17441690802017797. PMID: 19153930.
- Brown, T., Cueto, M. y Fee, E. (2006). *The transition from 'international' to 'global' public health and the World Health Organization*. Rev. História, Ciências, Saúde Manguinhos, 13 (3). 623-47.
- Buss, PM.; Alcázar S.; Galvão Luiz A. (2021) *A pandemia, a OMS e um movimento de mudança*. Disponible en: <https://diplomatie.org.br/a-pandemia-a-oms-e-um-movimento-de-mudanca/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Garber, Marina (2021). *Los dueños de las vacunas*. Revista Acción. Disponible en: <https://www.accion.coop/los-duenos-de-las-vacunas> Consulta 13 de septiembre de 2021.
- Godue, C. (1992). *International Health and Schools of Public Health in the United States*. En: International health : a North-South debate. Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization, 259.
- Herrero, MB. y Belardo MB. (2020) *Salud internacional y salud global: historia, conceptos y perspectivas*. Documentos de trabajo. Área de Relaciones Internacionales, FLACSO Argentina, 2020.
- Herrero, MB. y Belardo, M. (2020b) *Covid-19 y la necesidad de rediscutir nuestros sistemas de salud*. El País Digital, publicado el 5 de abril de 2020. Disponible en: https://www.elpaisdigital.com.ar/contenido/covid-19-y-la-necesidad-de-rediscutir-los-sistemas-de-salud/26294?fbclid=IwAR2sIGS1CceznLd8zyIqAy32PB_DH-Ba1Ul69gEgP65yhH6F5si16ridgpSg Consulta 13 de junio de 2021.
- Herrero, MB. y Nascimento, B. (2020) *¿Qué pasa con la cooperación latinoamericana en salud?* Nueva Sociedad. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/que-pasa-con-la-cooperacion-regional-en-salud/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Herrero, MB.; Loza, J. y Belardo, MB. (2019) *Collective health and regional integration in Latin America: An opportunity for building a new international health agenda*. Global Public Health, 14:6-7, 835-846, DOI: 10.1080/17441692.2019.1572207
- Herrero MB. y Lombardi S. (2021) *Pandemia, debate en la OMC y la imperiosa necesidad de liberar las patentes*. Blog Área de Relaciones Internacionales, FLACSO Argentina. Disponible en: <http://rrii.flacso.org.ar/liberar-patentes-que-implica-donde-estamos-y-hacia-donde-podemos-ir/> Consulta 13 de junio de 2021.

- Infopan 134 Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, mayo 2021. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infopan/2020/09/01/ver-informes-internacionales/>
- Kickbusch, I. (2004) *The End of Public Health As We Know It: Constructing global Health in the 21st Century*. En: Sustaining Public Health in a Changing World: Vision to Action World Federation of Public Health Association 10th International Congress on Public Health. [Internet]. 19 - 22 April 2004 The Brighton Centre, Brighton, UK, 1-19.
- Malamud, C. y Núñez, R. (2021) *Vacunas sin integración y geopolítica en América Latina*. Real Instituto Elcano. http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari21-2021-malamud-nunez-vacunas-sin-integracion-y-geopolitica-en-america-latina Consulta 13 de junio de 2021.
- Nodal, 2020. Te vamos a vacunar. <https://www.nodal.am/2020/11/argentina-entrevista-a-la-doctora-susana-etchegoyen-sobre-la-ley-que-autoriza-al-estado-a-firmar-convenios-con-laboratorios-extranjeros/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Organización Internacional del Trabajo (2021). La COVID19 y el mundo del trabajo. Séptima edición. Estimaciones actualizadas y análisis, 21 de enero. https://www.ilo.org/briefingnote/wcms_767045
- Organización Mundial del Comercio (2001). Declaración sobre el acuerdo ADPIC y la salud pública. https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm Consulta 13 de junio de 2021.
- Our World in Data, 2021. <https://ourworldindata.org/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Panisset, U. (1992) *Reflexiones acerca de la salud como asunto internacional*. En: OPS/OMS, editor. Salud Publica Internacional, un debate Norte-Sur. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 262.
- Rovere, M. (1990) *Aportes para la Discusión sobre el Campo de Salud Internacional*. OPS/OMS, mimeo, 5.
- Ruckert, A. y Labonté, R. (2014) *Public-private partnerships (ppps) in global health: the good, the bad and the ugly*. Third World Quarterly, 35:9, 1598-1614, DOI: 10.1080/01436597.2014.970870
- Taylor, A. (2021) *Cómo luchar contra el apartheid mundial de vacunas*. Revista Jacobin. Disponible en: https://jacobinlat.com/2021/05/27/como-luchar-contr-el-apartheid-mundial-de-vacunas/?mc_cid=a29d357523&mc_eid=d04fb4676e Consulta 13 de junio de 2021.
- Vance, C. (2020) *La UNASUR y la post pandemia: una mirada desde la salud*. Revista CISS <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2020/07/La-unasur-y-la-postpandemia-una-mirada-desde-la-salud.pdf> Consulta 13 de junio de 2021.
- Velasquez, G. (2015) *¿Sobrevivirá la OMS a la epidemia de ébola? una organización a la deriva*. Le Monde diplomatique en español, ISSN 1888-6434, N°. 235, 2015, pág. 15.

Artículos centrales

Propuestas político-pedagógicas neoconservadoras: Falacias de la “ideología de género” y del movimiento “escuela sin partido”

Yannoulas Silvia^a, Afonso Sophia^b y Pinelli Lais^c

Fecha de recepción: 4 de mayo de 2021
Fecha de aceptación: 19 de mayo de 2021
Correspondencia a: Yannoulas Silvia
Correo electrónico: silviayannoulas@unb.br

- a. Doctora en Sociología por el Programa Conjunto de la Universidad de Brasilia con la Flacso Sede Académica Brasil (UnB, Flacso/Br), con postdoctorado en Educación en la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG, Brasil). Profesora Concursada del Departamento de Trabajo Social (SER) y Profesora Permanente del Programa de Postgrado en Política Social (PPGPS), de la Universidad de Brasilia (UnB).
- b. Graduada en Relaciones Internacionales y en Trabajo Social por la Universidad de Brasilia. Estudiante de Maestría del Programa de Postgrado en Política Social (PPGPS/UnB). Técnica Especialista en Asistencia Social de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal (SEDES/GDF, Brasil).
- c. Trabajadora Social y Magister en Política Social por la Universidad de Brasilia (UnB, Brasil). Doctoranda del Programa de Postgrado en Política Social (PPGPS/UnB), becaria de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Nivel Superior (Capes).

Resumen:

Este ensayo aborda las disputas ideológicas planteadas por el neoconservadurismo alrededor de la política educacional brasileña, destacando dos de sus especificidades: el discurso sobre las cuestiones de género y la conformación del denominado Movimiento Escuela Sin Partido (MESP). La diseminación de la falacia "ideología de género" y el ataque a la presencia del pensamiento crítico en la educación, presentes de manera significativa en la segunda década del presente milenio, ilustran de manera paradigmática los conflictos ideológicos que atraviesan la política educacional brasileña actual, emergiendo como estrategia neoconservadora privilegiada destinada a frenar los avances progresistas obtenidos en la década anterior. El ensayo se fundamenta en investigación documental y bibliográfica, realizada en el año 2020 con utilización de bases online de libre acceso. Fue posible concluir que la vertiente neoconservadora de la nueva derecha logra incidir negativamente sobre las políticas educacionales, y su poder puede ser observado a partir de la adhesión de múltiples actores a la lucha contra los estudios de género y contra el pensamiento crítico en los contenidos educativos. Tales fenómenos ultrapasan el debate en los ámbitos religioso y académico, y se arrastran al poder legislativo y ejecutivo, influenciando la discusión de leyes y la implementación de políticas educativas en todas las esferas (federal, estadual y municipal). Es esencial profundizar en la comprensión de la influencia de la nueva derecha en materia educacional, considerando la convergencia entre las agendas neoliberales y neoconservadoras que pretenden una restauración de carácter moral y al mismo tiempo la mercantilización de la educación, porque amenazan la construcción y consolidación de una escuela pública laica, gratuita y socialmente referenciada.

Palabras clave: Neoconservadurismo - Política Educacional - Ideología de Género.

Summary

This essay addresses the ideological disputes posed by neoconservatism on Brazilian educational policy, highlighting two of its specificities: the discourse about gender issues and the formation of the so-called Movement School Without Party (MESP). The dissemination of the "gender ideology" fallacy and the attack on the presence of critical thinking in education, which occur most importantly in the second decade of the present millennium, illustrate in a paradigmatic way the ideological conflicts that run through Brazil's current educational policy, emerging as a privileged neoconservative strategy destined to stop the progressive advances obtained in the previous decade. This essay is based on documentary and bibliographic research, carried out in 2020, using free access of online databases. It was possible to conclude that the neoconservative side of the new right manages to have a negative impact on educational policies, and its power can be observed from the adhesion of multiple actors to the fight against gender studies and against critical thinking in educational content. Such phenomena go beyond the debate in the religious and academic spheres, and arise on the legislative and executive powers, influencing the discussion of laws and the implementation of educational policies in all spheres (federal, statewide and municipal). It is essential to deepen the understanding of the new right's influence in education, considering the convergence between neoliberal and neoconservative agendas that seek a restoration of moral character and, at the same time, the mercantilization of education, because they threaten the construction and consolidation of a secular, free and socially referenced public education.

Key words: Neoconservatism, Educational Policy, Gender Ideology.

Apresentação

Neste momento particular da história da nossa América Latina, marcado pela restauração de posições conservadoras, pela progressiva subsidiariedade do Estado¹ no que se refere à questão social, pelas profundas regressões de direitos sociais conquistados, pelo aumento da interferência do Estado na economia e na vida democrática das instituições públicas em defesa do capital, é vital discutir a relação entre o Estado e as políticas sociais contemporâneas. Nossa intenção aqui é refletir sobre a especificidade educativa da restauração conservadora² que caracterizou os últimos 30 anos (1990-2020), processo instaurado antes da pandemia, mas que certamente tem e terá rebatimentos na maneira de enfrentar a crise sanitária atual e seus desdobramentos educacionais.

O objeto central são as disputas ideológicas travadas pela restauração conservadora em torno da política educacional -disputas sobre projetos político-pedagógicos relacionados ao direito à educação e à democratização da educação. Ideologia não é compreendida aqui apenas como representação do real, mas principalmente como a tradução dessas representações em ações concretas que materializam as diferentes visões de mundo. As disputas ideológicas podem ser analisadas como manifestações fenomênicas das forças (lutas de classe, de gênero, antirracistas) que estão por detrás delas.

O ensaio encontra seu fundamento em pesquisa bibliográfica e documental, realizada ao longo do ano

de 2020, em bases de livre acesso, no contexto do projeto de pesquisa intitulado e que conta com o apoio do Decanato de Pesquisa e Inovação da UnB (DPI/UnB, em 2020) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, a partir de 2021)³.

Quanto à estrutura do ensaio, na primeira parte abordamos os fundamentos ideológicos da aliança entre neoconservadorismo e neoliberalismo, e, na segunda parte, discutimos sobre as lógicas políticas implícitas nas propostas educativas da restauração conservadora, destacando, como outrora fez Paviglianiti (1991; p. 7, tradução livre), que “estas fazem parte de uma continuidade histórica, o que ajuda a explicar a hegemonia atual dessas propostas”. Já no tratamento das manifestações fenomênicas da nova direita em matéria educacional, na terceira parte do ensaio focamos nossa atenção no desenvolvimento histórico internacional em final do milênio passado, e as implicações no Brasil na segunda década do presente milênio, da falácia da “ideologia de gênero”: uma articulação entre neoconservadorismo e política educacional que tem como objetivo a retirada dos estudos de gênero dos documentos oficiais, comprometendo a discussão sobre igualdade de gênero e contribuindo para a contrarreforma nas políticas e no sistema educacional. Na quarta parte, destacamos a atuação do Movimento Escola Sem Partido no que diz respeito à batalha ideológica pelo conteúdo dos planos nacionais de educação, e apontamos para finalizar considerações sobre os efeitos mais gerais da nova direita nos planos nacional e estaduais de educação.

1. Com base em Saforcada (2012), fazemos aqui referência à vertente da política social para a qual o princípio da subsidiariedade deveria primar em detrimento da principalidade do Estado, sendo dever de instâncias mais próximas do sujeito a ser protegido e não do Estado a satisfação das necessidades: ele mesmo (autoajuda), a família, os parentes, os vizinhos, os amigos e só em última instância, o Estado.

2. Restauração conservadora é a expressão utilizada por Paviglianiti (1991) e posteriormente por Apple (2002) para se referir à aliança entre as ideologias neoliberal e neoconservadora. Nos EUA, essa aliança é formada por quatro grupos: “os neoliberais, os neoconservadores, os populistas autoritários e uma fração particular de uma nova classe média em ascensão” (Apple, 2002, p. 57). No contexto deste ensaio iremos utilizar tanto a categoria Neoconservadorismo ou Restauração Conservadora quanto a categoria Nova Direita, seguindo a literatura diversa que embasou as análises deste ensaio. Apesar do complexo debate em torno da definição dessas categorias, compreendemos que os termos selecionados apontam de maneira satisfatória para efeitos deste artigo, a existência da aliança entre o neoconservadorismo e o neoliberalismo que se consolida a partir dos anos 1990 no conjunto da América Latina e nos países centrais, com efeitos antidemocráticos, excludentes e opressores.

3. A origem do projeto se remonta aos intercâmbios realizados em 2019 com colegas argentinas do Departamento de Ciências da Educação da Faculdade de Filosofia e Letras da Universidade de Buenos Aires (Myriam Feldfeber, Nora Gluz e Sophia Thisted), e do Departamento de Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais da mesma universidade (Adriana Clemente, Ana Gomez e Marcela Benegas). As autoras também agradecem pelas contribuições recebidas durante o processo de estruturação do projeto de pesquisa às professoras da área de Serviço Social da UnB: Ângela Vieira Neves, Potyara Pereira e Camila Potyara Pereira, aos professores da área da Educação Claudia Vianna (Usp), Silvana Aparecida Souza (Unioeste) e Adir Valdemar Garcia (Ufsc), bem como demais estudantes de pós-graduação envolvidas no projeto.

Nova Direita: Aliança entre o Neoliberalismo e o Neoconservadorismo

Entendemos por “nova direita” um fenômeno de escala global, com sólidos efeitos a partir da década de 1970 e constituído fundamentalmente como uma aliança político-econômica entre neoliberalismo e neoconservadorismo, e na atualidade está fortalecida como efeito de oposição aos governos populares na virada do milênio. Processos eleitorais recentes nos levam a pensar na existência de um inequívoco recrudescimento do conservadorismo de novo tipo, mesclado por princípios liberais, como o fundamentalismo de mercado. A eleição de Donald Trump nos Estados Unidos da América e diversas eleições na Europa, confirmam essa leitura. O mesmo aconteceu em diversos países da América Latina, entre eles o Brasil. Vivemos momentos significativos desta onda neodireitista e, em particular, na política educacional brasileira.

Os ataques estratégicos às conquistas sociais e aos direitos humanos compõem o atual quadro de retrocesso político, econômico, social e cultural de dimensões inigualáveis, em um momento em que acreditávamos ter superado processos históricos de opressão, forjados na escravidão, no patrimonialismo e no capitalismo dependente. Em contraposição, hoje se impõe a liberalização das relações sociais e do mercado em matéria de contratação de força de trabalho e seguridade social. Esta conjuntura vivenciada aproximadamente desde 2010, é denominada na literatura científica no Brasil como onda neoconservadora, e na Argentina *restauración conservadora* (restauração conservadora).

Apesar de algumas literaturas localizarem o recrudescimento do neoconservadorismo como fator particular do momento presente, acreditamos que a nova direita possui suas particularidades próprias enquanto aliança entre essas duas vertentes, que, independente de alguns valores divergentes, possuem interesses e projetos em comum. A influência do neoliberalismo na política educacional brasileira, tem sido consistentemente discutida na literatura desde os anos 1990, sendo praticamente um consenso no campo dos estudiosos críticos. Entretanto, nos apoiando também nessa literatura e anali-

sando a atualidade -atividade difícil, vide a proximidade temporal com o objeto- observamos que trabalhar apenas com o conceito de neoliberalismo ou de neoconservadorismo não seria suficiente para compreender as transformações recentes e/ou determinados projetos educacionais. Sendo assim, compreendemos que não é possível analisar a política educacional brasileira tratando essas vertentes de forma isolada.

Entretanto, para fins de esclarecimento, é interessante delimitar as características dessas duas vertentes, e a partir de seus elementos compreender a nova direita como um movimento que intensifica práticas antidemocráticas e como resultado ameaça as conquistas progressistas alcançadas recentemente no Brasil. De acordo com Pereira (2016), as bases teóricas do neoliberalismo estão localizadas desde os anos 1940, quando Hayek em seu livro *O Caminho da Servidão*, defende o livre mercado como instrumento mais justo e adequado para a regulação da sociedade. Isso significa a necessidade de não intervenção do Estado tanto na economia quanto no campo privado, e, conseqüentemente, a negação de políticas públicas de proteção social que estariam em desencontro com os princípios da competitividade, da propriedade privada e da liberdade individual. Os adeptos dessa vertente defendiam dessa forma que o Estado de Bem-Estar Social seria uma ameaça aos valores centrais da civilização – a liberdade individual e a propriedade privada. De acordo com Pereira (2016, p. 125):

[...] os membros da Sociedade de Mont Pélerin defendem que os aparentes benefícios trazidos pela atuação do Estado de Bem-Estar Social eram, na verdade prejudiciais à coletividade e ao próprio sistema, já que, em tese, enfraqueciam a competitividade, a propriedade privada e a liberdade individual.

Mesmo que suas bases teórico-ideológicas estejam datadas desde os anos 1940, no contexto de pós-guerra, as ideias de Hayek soavam frágeis diante da realidade objetiva, considerando o imenso desenvolvimento econômico dos países capitalistas centrais. E assim, o fortalecimento do neoliberalismo se daria apenas a partir dos anos 1970, quando diante de uma nova crise capitalista a responsabilidade recaiu sobre uma suposta ineficiên-

4. Pereira (2016, 2020) compreende que nova direita vai além da aliança entre neoliberalismo e neoconservadorismo, sendo entendida como uma amálgama entre as duas ideologias, a partir da qual seria impossível separá-las. Ademais, Afonso (2007) define nova direita como “uma espécie de melting pot político, econômico e cultural que se traduziu na fusão (conjuntural) de valores e interesses contraditórios, de origem (neo)liberal e (neo) conservadora” (p. 13), concepção da qual a autora compartilha.

cia do Estado de Bem-Estar Social e os elevados gastos públicos.

No contexto brasileiro, o neoliberalismo costuma associar-se com políticas que apoiam uma ampla liberalização da economia, do comércio em geral, da redução dos impostos e do gasto público com políticas sociais⁵. O neoliberalismo propõe que se deixe nas mãos de particulares ou de empresas privadas o maior número de atividades econômicas possíveis. Igualmente propõe uma limitação do papel ativador do Estado na economia com a privatização de empresas públicas e a redução do tamanho do Estado. O neoliberalismo também propõe a flexibilização laboral, as reformas da previdência, a eliminação de restrições e regulações à atividade econômica e a abertura de fronteiras para mercadorias, capitais e fluxos financeiros. Alguns autores utilizam a denominação “ultraliberalismo” para indicar a diferença fundamental com o liberalismo histórico, no sentido que a fase atual do modo de produção capitalista, com sua especificidade de financeirização e a mundialização da economia, leva a um descompromisso com valores e direitos econômicos, sociais e políticos presentes nas formulações originais.

Apesar das influências políticas do neoconservadorismo serem apenas evidentes nos anos 1980, suas raízes datam nos anos 1930, quando seus principais representantes americanos apresentaram uma “terceira via” após desilusão tanto pela esquerda intelectual, quanto pelo liberalismo democrático. Desenvolveram assim um ceticismo em relação ao poder do Estado de resolver as demandas sociais (crítica à socialdemocracia) e, a partir dos anos 60/70, se posicionaram contrários às revoluções culturais que estariam em desencontro com os valores tradicionais da religião e da família, se desvinculando da vertente liberal-democrata. De acordo com Pereira (2016, p. 131):

Representando uma reação ao *defining deviancy dom*, isto é, ao “desvio para baixo”; à naturalização de uma suposta imoralidade que, segundo eles, corroe a família patriarcal e os valores tradicionais, gerando o crime, a barbárie, os vícios e

a miséria, surgiu uma nova abordagem ideológica que mesclou o individualismo, o anticomunismo e a economia de mercado com o conservadorismo tradicional, especialmente em seus postulados morais, instituições e comportamento.

Além disso, o neoconservadorismo americano defendia a “democracia ocidental”, resultando em um patriotismo exacerbado, e assumindo assim, especialmente no contexto de Guerra Fria, a cultura norte-americana como um “bem para a humanidade” (Pereira, 2016). Compreendemos, assim, que o neoliberalismo e o neoconservadorismo não são fenômenos recentes, mas que nas últimas décadas seus discursos e apoiadores atingiram de maneira significativa as políticas sociais e afetaram expressivamente as opiniões públicas. Em uma primeira análise, é desafiador identificar a racionalidade que permeia a junção entre essas duas vertentes político-ideológicas considerando tanto suas divergências ideológicas quanto sua relação histórica conflitante⁶. Pois se, de um lado, há o neoliberalismo pautado no extremo individualismo sob as vestes da liberdade negativa, a defesa da propriedade privada e do livre mercado como entidade imutável e perfeita; do outro, há o neoconservadorismo, negando qualquer liberdade individual em desencontro com os valores familiares e da tradição cristã ocidental branca. Há evidentemente alguns inimigos em comum, entre eles a intervenção do Estado em determinadas áreas da sociedade e a construção de um inimigo externo comum que pode ser encarnado na figura comunista/socialista e/ou estrangeira e/ou não branca.

Uma importante leitura é que ambas as vertentes negam o Estado de Bem-Estar Social, sendo então as políticas de proteção social um mal desnecessário que atrapalha o desenvolvimento político e moral da sociedade. Tal perspectiva, no entanto, não elimina o Estado forte em determinados setores, como na garantia da propriedade, da liberdade negativa e na segurança, visando assim a proteção da nação e da família. Brown (2019) analisa essa ambiguidade do papel do Estado na nova direita. Recuperando Hayek (1899-1992), a autora nos indica uma discussão central para definir uma mesma racionalidade entre o neoliberalismo e o neoconservadoris-

5. Há um debate importante acumulado sobre a questão do Estado nesta perspectiva, porque o Estado não reduz seu tamanho, mas muda a natureza da sua intervenção, influência e gestão, reduzindo ou tentando reduzir ou mesmo deixando de aumentar o investimento nas políticas sociais, embora aumente o financiamento do capital.

6. Independente do neoconservadorismo e do neoliberalismo terem adquirido suas próprias particularidades e se articulado considerando o movimento dialético e histórico da sociedade, é interessante considerar que, no surgimento de suas matrizes teórico-políticas fundantes, o conservadorismo político clássico surge como uma reação aos ideais iluministas e transformações político-sociais proporcionado pela Revolução Francesa e pela Industrial. E, pela sua vez, o liberalismo surge em contraposição ao conservadorismo.

mo. Apontando a tradição como elemento central para alcance da verdadeira liberdade (negativa), o autor da Escola de Viena coloca o livre mercado, a propriedade privada e a tradição cristã (e com ela o patriarcado) como entidades quase ontológicas, limitando a presença do Estado à preservação desses valores⁷. Em síntese, conseguimos identificar valores caros tanto para neoliberais quanto neoconservadores, quando se defende o papel do Estado associado à lógica da família tradicional, da propriedade privada, e da liberdade individual e sua expansão a outros setores da sociedade, incluindo as políticas educacionais. E desta forma, significa também a negação de qualquer política de diversidade, do pensamento crítico, ou de construção de uma nova sociabilidade.

No contexto brasileiro, independentemente do neoliberalismo e do neoconservadorismo possuem trajetórias e propostas diferentes a partir de suas matrizes de origem, e conseqüentemente divergirem em alguns pontos polêmicos como a legalização das drogas e a descriminalização do aborto, parece existir um acordo básico no que se refere às atuações políticas e às posições de classe, como classe dominante que procura perpetuar-se. Analisando as tendências ideológicas de diferentes sujeitos políticos, especialmente no Poder Legislativo, observa-se a votação conjunta de representantes de partidos neoliberais e neoconservadores em projetos antidemocráticos como a Reforma Trabalhista, a Reforma da Previdência ou a Lei do Piso de Gastos. Desde 2014, os neoconservadores e neoliberais ocupam uma parte significativa dos cargos eletivos do Congresso Nacional (Senado e Câmara dos Deputados), conformando o que se denomina 'bancada BBB' ("ruralista" do Boi, "armamentista" da Bala e "evangélica" da Bíblia). É a mesma bancada que constituiu, em 2016, a frente de ataque à primeira presidenta mulher, exercendo papel decisivo no golpe jurídico-parlamentar. Declararam expressamente apoio ao presidente eleito em exercício desde janeiro de 2019, o que é estratégico para o presidente, porque o número de partidos subiu de 25 para 30 na Câmara e de 15 para 20 no Senado. Como consequência dessa fragmentação, nenhum dos partidos tem força suficiente para aprovar um projeto de lei, que exige maioria simples (257 dos 513 deputados e 41 dos 81 senadores), e muito menos uma emenda constitucional, que exige res-

paldo de três quintos do total (308 de 513 deputados e 49 de 81 senadores). Com um forte apelo religioso, essa bancada (constituída de aproximadamente 310 parlamentares em 2019), apresentou pautas que mesclam o campo econômico com preceitos morais sendo, por exemplo, contrária às investigações sobre células-tronco, à demarcação de terras indígenas, ao casamento civil homoafetivo; e a favor da redução da maioria penal, da revogação do estatuto do desarmamento, da aprovação do estatuto da família e da inclusão do aborto entre os crimes hediondos, entre outras pautas.

Todos os elementos até aqui citados, levam a crer na impossibilidade de analisar de forma isolada as influências do neoconservadorismo e do neoliberalismo na política educacional brasileira atual. Iremos discutir essa questão com mais profundidade em próximos tópicos, mas antes é necessário analisar, de forma mais geral, os efeitos da nova direita na Política Educacional Brasileira.

Políticas Educacionais e Nova Direita

O neoliberalismo e o neoconservadorismo, como ideários que defendem determinado projeto de sociedade, pretendem pautar a política educacional, desde a organização curricular ao próprio trabalho pedagógico, passando pela avaliação de desempenho de alunos e professoras, entre outros aspectos da agenda educativa. A política educacional está passando por um processo de reconfiguração conceitual; novas propostas são defendidas transformando o direito à educação pública, gratuita, laica e de qualidade socialmente referenciada em uma política subsidiária e, paralelamente, a priorizando como mercadoria (neoliberais) e como território para a disputa ou "guerra cultural" (neoconservadores). Mesmo com fundamentos diferentes, neoliberalismo e neoconservadorismo se transformaram em grandes aliados no momento de debilitar o projeto de uma escola pública democrática e de qualidade que nossas sociedades foram paulatinamente construindo no período que se seguiu às ditaduras civis-militares.

Em escala mundial, as reformas educativas de corte neoliberal pressionaram pela descentralização, pela pa-

7. Como resultado, limita-se a intervenção do Estado em determinados setores da sociedade (políticas sociais e economia) e o fortalece em prol de determinados interesses (garantir a segurança da família e da propriedade privada). A fim de evidenciar esta questão, podemos mencionar as ações de cunho xenofóbico, como a construção do muro prometido por Donald Trump. No contexto da política educacional brasileira podemos ilustrar por meio da militarização das Escolas Públicas de maior vulnerabilidade social, onde a presença de um Estado forte é necessária para disciplinar a população mais pobre (e majoritariamente negra), e, em paralelo, a ascensão da Educação Domiciliar, pautada na negação do Estado para intervir na educação das famílias.

dronização de métodos e de conteúdo, pelo “novo” gerenciamento das escolas e pela “profissionalização” de docentes. Elementos todos que permitem transformar a educação em um grande negócio, e as escolas em lucrativas empresas. A mudança ou a reforma do espaço escolar não funciona como um “complo”, mas sim é um processo mais difuso e diversificado, com diferentes configurações em cada país, porém com origem nos processos de avaliação e comparação induzidos por organismos internacionais, tais como a Organização Mundial do Comércio - OMC, a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico - OCDE, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional-FMI e a Comissão Europeia. O acesso universal à cultura escrita, letrada, científica e técnica, pela via da educação pública e gratuita, se transformou, discursivamente, em uma utopia irrealizável, na medida em que se opõe à preeminência da acumulação do capital sobre qualquer outro fim. Realizar esse direito universal suporia um financiamento público ampliado -sob a forma redistributiva e solidaria- que não combina com as políticas neoliberais.

A complexa trama de construção da hegemonia neoliberal em matéria de educação, dominante nas últimas duas décadas do século/milênio passado (por exemplo: limites para o investimento -visto como gasto- na educação pública, mercantilização e privatização dos serviços educativos, gerencialismo na gestão da educação pública, avaliação e ranqueamento de instituições educacionais, empreendedorismo como conteúdo da educação básica, estabelecimento de “parcerias” público-privadas, voluntariado nas escolas, relação entre ensino médio e trabalho, entre outros), continua neste século/milênio marcando os limites e a estrutura das nossas políticas educativas; mas essa complexa trama está acompanhada no presente milênio de aspectos neoconservadores específicos ou particulares.

O neoliberalismo na educação foi e ainda é objeto de várias pesquisas, como pode ser observado na extensa bibliografia acadêmica publicada de forma impressa e *online*. Em contrapartida, gostaríamos de sistematizar brevemente alguns aspectos neoconservadores que acompanham hoje essa complexa trama, retroalimentando a força de ambos os pensamentos. Pedagogia (neoliberal) da exclusão conforme denominada e sistematizada por Gentili (1996), acompanhada do que denominaremos aqui, parafraseando Paulo Freire (1972), de pedagogia (neoconservadora) da opressão.

O encontro entre neoliberalismo e neoconservadorismo no que diz respeito às políticas educacionais cobrou tal importância que foi objeto de dossiês especiais em periódicos científicos (ver Hermida & Lira; 2020). A pedagogia (neoconservadora) da opressão atenta diretamente contra a autonomia do trabalho docente, e paralelamente ameaça o direito à educação pública, universal, gratuita, laica e socialmente referenciada. Propõe um discurso único sobre o que seria “a” qualidade da educação, defendendo de maneira paralela uma gestão escolar orientada pelos preceitos da economia privada e a lógica gerencial (Oliveira, 2020), “apresentado como instrumental a um projeto centrado na disputa pelo conteúdo da educação com uma perspectiva de restauração de classe” (Peroni e Lima, 2020).

Feita estas aproximações teóricas, recuperamos aqui dois elementos que caracterizam as propostas da nova direita em matéria de política educacional: 1) Ela é antidemocrática, tanto por negar a diversidade quanto a possibilidade de combate às desigualdades sociais; usando os termos de Gentili (1996), podemos concluir que ela resulta em exclusão e opressão; 2) Ela fomenta um Estado que sustente os interesses do mercado (seja sob o viés da não intervenção econômica, seja por meio da privatização de serviços sociais e cooptação de recursos públicos), mas também um Estado forte para a “proteção” da esfera pessoal (a família e a propriedade) e para o enfrentamento de um inimigo externo. São a partir destes dois elementos que tentaremos analisar a política educacional brasileira em três caminhos que se relacionam: Controle do Conteúdo, Discurso da Meritocracia e Moralização do Fracasso Escolar, e Controle da Qualidade.

Quanto ao *Controle de Conteúdo*, nos referimos a todas as tentativas e ações de intervenção relacionadas aos conteúdos que deveriam ser ensinados ou prioritários na educação formal. São ações que visam recuperar “conhecimentos tradicionais”, alinhados com os valores religiosos, ou um enxugamento dos conteúdos priorizando disciplinas e saberes alinhados com as necessidades do mercado. É uma tentativa de limitar conteúdos e saberes que estariam em desencontro com os valores da família, mas também uma estratégia de alinhamento dos conteúdos com os interesses de mercado ou divergente de um pensamento crítico. Ações nesse sentido são:

- a) A Reforma do Ensino Médio que visa priorizar conhecimentos mais alinhados com as necessidades do mercado de trabalho em detrimento de conhecimen-

tos que auxiliem na construção de uma perspectiva mais crítica e mais ampla da educação;

- b) O Movimento Escola Sem Partido, que visa restringir conteúdos ministrados em sala de aula em descontração com os valores da família, dando ênfase nas liberdades individuais e de aprendizagem do aluno (Penna, 2016). Entre suas estratégias está a judicialização/criminalização da prática docente, identificando o professor como um inimigo (esquerdista, comunista) a ser combatido.
- c) As intensas intervenções de setores neoconservadores na elaboração e definição da BNCC (Base Nacional Comum Curricular) e nos Planos Nacionais, Estaduais e Municipais da Educação, especialmente no que tange à Ideologia de Gênero (Corsetti, 2018). É importante mencionar também os ataques à inclusão de estudos sobre a história e cultura afro na BNCC (Base Nacional Curricular Comum).

Quanto ao *Discurso da Meritocracia e o Fracasso Escolar*, a noção de mérito permeia a compreensão de justiça no sucesso escolar. Essa concepção não considera fatores externos ao processo de aprendizagem, além de ser insuficiente para analisar criticamente o fracasso escolar. Entretanto, para os setores neodireitistas a meritocracia assume a forma mais justa de se alcançar o direito escolar, afinal, ações deliberadas para alcançar uma igualdade seriam na realidade formas de discriminação e, em certo nível, desestimulariam a competitividade e, conseqüentemente, o desenvolvimento individual do aluno. Neste sentido, iniciativas de combate a discriminações e desigualdades sociais seriam na realidade um risco para o desenvolvimento da sociedade e/ou, aliado a um discurso negacionista, seriam projetos "ideológicos" e "populistas" para alcance de uma hegemonia de esquerda. A resposta para o enfrentamento do fracasso escolar deveria se restringir às ações individualistas e/ou moralizantes com o aluno e sua família, ou no máximo, políticas pontuais e focalizadas. Iniciativas nesse sentido são:

- a) Negação de políticas de inclusão social e afirmativas, como as cotas raciais e sociais para o ensino superior e concurso público;
- b) Criminalização e Moralização da pobreza, que permeia os discursos de responsabilização das famílias mais pobres, e a exigência de contrapartida educacional vinculada a programas de assistência social e assistência estudantil;

- c) A militarização das escolas públicas mais vulneráveis também é legitimada por um discurso de disciplinamento dos corpos pobres, periféricos e negros, como o Estado forte deve estar presente para controlar a população mais pobre e supostamente "moralmente incapaz" de alcançar o sucesso escolar (Pinelli, 2020).

Quanto ao *Controle de Qualidade e Redefinição do Papel da Escola*, inicialmente devemos esclarecer que a discussão sobre qualidade da educação envolve debates muito extensos como o sentido social da escola e as formas de avaliação do sistema escolar. Definir o que é uma boa escola é definir os seus objetivos e conseqüentemente o seu papel na sociedade (Paro, 2007). No limite deste ensaio não iremos nos aprofundar nesta questão, mas é interessante observar que a concepção de educação assumida pela nova direita está vinculada tanto por uma ideia reducionista da escola como um mero transmissor de conteúdo (e não de conhecimento) quanto como instrumento de viabilização de saberes necessários para o desenvolvimento econômico. O sistema de avaliação escolar e, conseqüentemente, a forma como é verificado se os objetivos do sistema escolar foram alcançados focam-se na massificação de testes padronizados, usados para fins comparativos e, em certo nível, para definir prioridade na execução de serviços educacionais. Por exemplo, podemos citar o uso do IDEB na definição de metas educacionais e a resultados no ENEM como indicador informal de desempenho escolar da rede privada.

Entre os efeitos dessas medidas destaca-se um lento movimento de restrição dos conteúdos e metodologia usadas nas escolas – afinal, foca-se em conhecimentos específicos para solução provas e ignora-se saberes e práticas educativas difíceis de serem "medidas" em testes massificados. Observa-se também uma intensificação do trabalho docente, além de uma ressignificação da qualidade educacional restrita ao alcance de boas notas em exames nacionais. O sistema de avaliação também se tornou um instrumento estratégico na transferência de responsabilidade na oferta de serviços educacionais à esfera privada ou à família, pois auxilia no controle de desempenho e qualidade ao ser realizada pelo Estado, reduzido ao controle e ao financiamento dos serviços. Alguns exemplos de ações nesse sentido são:

- a) Fortalecimento da Educação Domiciliar, no qual o ensino será ofertado pela família (e por intermédio

de empresas de serviços educacionais), mas sob a exigência de seguir uma base curricular comum verificado pelo poder público e o desempenho escolar checado por meio de testes e provas massificadas.

- b) Observa-se também que no Movimento Escola Sem Partido defende-se a concepção de que a escola deve “instruir” e a família “educar”, indicando a não intervenção do poder público na autoridade da família no que se relaciona ao processo educativo (Penna, 2016).
- c) No processo de militarização das escolas públicas do Distrito Federal, um dos argumentos centrais para sua implementação é o elevado IDEB de iniciativas anteriores. Este argumento, entretanto, desconsidera os custos secundários de um modelo de educação pautado na hierarquia e na anulação da individualidade dos alunos, negando os princípios democráticos na educação e a negação da diversidade no cotidiano escolar (Pinelli, 2020).

Como verificado, a influência da nova direita se dá de diversas formas e em praticamente todas as dimensões da política educacional brasileira, engatando diferentes projetos e programas, e desestruturando as árduas conquistas no campo da educação. Como especificações do impacto da nova direita, escolhemos para desenvolver aqui, apesar de não esgotar o leque de particularizações da *pedagogia da opressão*: a falácia da “ideologia de gênero” e o Movimento Escola Sem Partido. Essas particularizações serão abordadas na sequência, obedecendo, de alguma maneira, uma ordem cronológica de emergência e consolidação como especificações do neoconservadorismo ao nível federal e estadual.

A Falácia da Ideologia de Gênero⁸

“... se ha vuelto una práctica sistemática por parte de los partidarios de la subsidiariedad del rol del Estado el tergiversar las conclusiones y aportes de los análisis de los sectores progresistas en materia de educación [...]”. Esta

práctica contribuye a retrotraer los avances realizados, ya que los términos en que los neoconservadores plantean la polémica obligan a los sectores progresistas a aglutinarse y a borrar los matices existentes, en una defensa global de la escuela pública...” (Paviglianiti; 1991, p. 8)⁹.

O discurso neoconservador sobre a denominada ideologia de gênero foi criado pelo Vaticano, na década de 1990, como reação aos progressos dos movimentos feministas e aos estudos de gênero no mundo. Assim, quando o empoderamento feminino, os direitos à saúde sexual das mulheres, o controle reprodutivo e a equidade de gênero se transformaram em pauta central de conferências internacionais organizadas nos anos 1990, pelas Nações Unidas, uma reação bem articulada começou a ser gestada. O que para muitos significava um progresso no sentido da construção de uma sociedade mais justa e democrática foi percebido, pelos religiosos e neoconservadores, como uma ameaça, porque tinha o potencial de questionar instituições hierarquicamente estabelecidas, com funções muito diferentes para homens e mulheres, como acontece com a própria institucionalidade religiosa.

Toda uma estratégia de deturpação e de ocultação foi articulada para opor-se à igualdade das mulheres. Em 1995, após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada em 1994, no Cairo, e pouco antes da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, o Papa Juan Pablo II convidava seus fiéis a envolver-se na criação daquilo que denominou “novo feminismo”, que respeitasse o determinismo biológico em que mulheres e homens têm lugares sociais diferentes e supostamente complementares. No lugar de limitar às mulheres ou estimular a advertência ou desconfiança sobre elas, a estratégia do Vaticano constituiu na exaltação dos papéis femininos tradicionais. Desta maneira, a igualdade pretendida pelo feminismo representaria um rebaixamento da mulher, a perda da sua ‘dignidade extraordinária’ na sua condição de “especialista do amor”. Enunciada pela nova direita como sinônimo de Estudos de Gênero, e formalizada através do discurso de consultores e especialistas escolhidos pelo Conselho Pontifício

8. O termo falácia deriva do latim, do verbo fallere, que significa enganar. Constitui um raciocínio errado com aparência de verdadeiro, um argumento que se destina à persuasão, convincente para grande parte do público. Reconhecer uma falácia pode ser difícil, porque costuma ter um apelo emocional, íntimo, psicológico, mas não possui validade lógica racional.

9. “Tornou-se uma prática sistemática por parte dos partidários da subsidiariedade do papel do Estado, tergiversar as conclusões e contribuições das análises dos setores progressistas em relação à educação. Esta prática contribui para retroagir os avanços realizados, já que a maneira como os neoconservadores apresentam a polémica obriga os setores progressistas a se unirem e suprimir os matizes existentes, em defesa mundial da escola pública”. (tradução livre)

entre docentes de universidades católicas, surgiu a expressão “ideologia de gênero”, consolidando um “inimigo comum” a ser combatido por agentes religiosos e não religiosos para subverter o conceito feminista de gênero e assim interditar o debate e a institucionalização de demandas de movimentos de mulheres, feministas e LGBTs. “ideologia de gênero” e “ameaça à família” foram expressões utilizadas, conjuntamente, para demonizar qualquer tipo de manifestação em defesa dos direitos das mulheres ou da igualdade de gênero. Exemplo:

Dentro de um processo que poderia denominar-se de gradual desestruturação cultural e humana da instituição matrimonial, não deve ser subvalorizada a difusão de certa ideologia de “gender”. Ser homem ou mulher não estaria determinado fundamentalmente pelo sexo, mas sim pela cultura. Com isso se atacam as mesmas bases da família e das relações interpessoais. É preciso fazer algumas considerações a respeito, em função da importância de tal ideologia na cultura contemporânea, e sua influência no fenômeno das uniões de fato (Conselho Pontifício para a Família, 2000).

Assim, a expressão “ideologia de gênero” foi produzida através de “técnicas de deformação da posição do inimigo” (Garbagnoli, 2016, p. 192). Por meio de conceitos científicos tergiversados, constrói-se uma retórica de oposição entre um ‘bom’ e um ‘mau’ feminismo, assim como uma emancipação ‘verdadeira’ e outra ‘falsa’, a partir da qual se deslegitimam os estudos de gênero, ao afirmar que suas estudiosas buscam acabar com a ordem natural e implantar uma “colonização ideológica” (Garbagnoli, 2016; Junqueira, 2017). A falácia sobre a ideologia de gênero criou identificação popular e foi mobilizado por grupos religiosos, neoconservadores e parlamentares, muitas vezes distribuindo *Feake News* ou notícias falsas fabricadas e veiculadas nas mídias sociais, com conteúdo falso e com a deliberada intenção de enganar e obter ganhos políticos.

Na América Latina, segundo Machado (2018), a expressão foi utilizada pela primeira vez em 1998, em

documento público da Conferência Episcopal no Peru, amplamente reproduzido por outros documentos latino-americanos e europeus. No Brasil, ela se difunde e se populariza em conferências nacionais de discussão de políticas públicas (notadamente em 2010), não casualmente quando foi eleita a primeira presidenta mulher, ex-prisioneira política da ditadura militar. Acompanhando o fenômeno social global das últimas décadas, o contexto político brasileiro mostra o progresso gradual de forças conservadoras em diferentes âmbitos e o crescimento do discurso da ideologia de gênero. O Congresso e outros espaços políticos são conduzidos por figuras políticas que defendem abertamente discursos racistas, homofóbicos e contrários ao aborto. Essas figuras popularizaram a expressão ideologia de gênero no Brasil, e querem impô-la com o mesmo *status* científico que Estudos de Gênero.

Machado (2015) aponta diferenças nas abordagens anti-gênero¹⁰ de carismáticos e pentecostais. Se estes articulam seus focos na sexualidade e na homofobia, os católicos centram seus questionamentos na reprodução humana e no aborto. Entretanto, ambos grupos levaram à construção de uma racionalidade política baseada na moral sexual, à formação de quadros e estabelecimento de alianças importantes no Congresso Nacional, e à judicialização da moral sexual no esforço pela preservação da moral cristã na sociedade brasileira contemporânea. Nas palavras da autora: “...a despeito das diferenças doutrinárias e da competição por fiéis, os carismáticos católicos vêm se aliando com grupos pentecostais na esfera política para preservar o caráter cristão da moralidade pública brasileira” (Machado, 2015, p. 48).

Apresentamos a hipótese ou pressuposto de que a retórica antigênero é estruturante dos posicionamentos neoconservadores, e que está no âmago da aliança contemporânea entre neoconservadorismo e neoliberalismo. Na elaboração retórica desse posicionamento antigênero, as necessidades práticas das mulheres foram acolhidas e transvestidas em interesse estratégico neoconservador visando a manutenção das relações hierárquicas dominantes (de gênero, mas também de classe e raça)¹¹. Os conceitos e métodos dos estudos de gênero

10. “Emprega-se aqui o termo “antigênero” em referência a uma tomada de posição antifeminista contrária à adoção da perspectiva de gênero e à promoção do reconhecimento da diversidade sexual e de gênero nas políticas sociais e na vida cotidiana. Isso, porém, não implica sugerir a existência prévia de um suposto ativismo “pró-gênero”. Na literatura, os movimentos antigênero são também chamados de no-gender – termo aqui evitado por ser também utilizado em referência a pessoas que não se identificam com gênero algum.” (Junqueira, 2017, p. 452).

11. Sobre necessidades práticas (das mulheres) e interesses estratégicos de gênero, ver: Yannoulas & Silva, 2017.

foram distorcidos, as bandeiras das lutas dos movimentos sociais de mulheres e feministas foram parcialmente expropriadas, e algumas palavras ou termos foram recontextualizados com o intuito de apelar emocionalmente e paralelamente desvalorizar as lutas feministas. Por que o sucesso da abordagem antigênero? As instituições religiosas e movimentos neoconservadores se apresentaram como interlocutores válidos dos anseios e reivindicações das mulheres, levando o que deveria ser um processo de politização das necessidades práticas para uma proposta de restauração da ordem social, e construindo destarte uma forte reação às conquistas galgadas nas décadas anteriores. O discurso antigênero foi promovido com o explícito propósito de desprestigiar essas conquistas e redirecionar as lutas. As necessidades práticas das mulheres foram reconhecidas e aceitas como bandeira por esses grupos, porque em verdade são necessidades dos membros da família e não das próprias mulheres. Já os interesses estratégicos de gênero, tais como direitos sexuais/reprodutivos e uma divisão do trabalho mais igualitária, fulcrais para a conquista de qualquer mudança significativa na ordem social, são negados e desprestigiados. O fato da concentração dos ataques nessas duas questões, sexualidade e trabalho, é revelador de seu caráter de dispositivos estruturantes. E, se há na disputa questões de ordem moral esgrimidas por esses setores, uma “batalha cultural” declarada, não menos importantes são as questões de ordem econômica, social e política que se escondem nesses dispositivos.

A questão da ideologia de gênero foi introduzida paulatinamente no debate de todas as políticas setoriais, principalmente para impedir o desenvolvimento dos programas e ações estimulados naquele momento pela Secretaria Especial de Políticas das Mulheres (em 2003 a Secretaria de Políticas para as Mulheres adquiriu *status* ministerial), porém no caso da política educativa se transformou em batalha primordial. E, por isso, dizemos que essa questão se consolida em 2010, momento em que teve lugar a discussão pela aprovação do Plano Nacional de Educação (PNE). O Plano originalmente incluía entre suas metas a superação de desigualdades de gênero. Nesse polêmico debate se delineou a aliança neoconservadora antigênero no contexto da política nacional brasileira. Os argumentos esgrimidos mostraram uma suposta preocupação com as crianças e com os adolescentes, que seriam vulneráveis à suposta contaminação de educadores interessados em subverter os valores da família. Muitas notícias falsas circularam pelos novos meios sociais de comunicação como o Facebook e o Instagram.

Um caso exemplar do aumento da pressão neoconservadora sobre a definição de políticas e programas educacionais é o tristemente conhecido como “kit gay”, denominação pejorativa inventada em 2011 por deputado do Congresso Nacional para referir-se, de maneira pejorativa, à iniciativa de material didático (filme e cartilha para docentes), do Programa Brasil Sem Homofobia do Ministério de Educação do Brasil, que contava inclusive com apoio da UNESCO. O veto pela presidenta Dilma Rousseff aos vídeos do Programa, após pressão da bancada evangélica no Congresso Nacional em meio à crise política e econômica deslançada em 2011, não foi um episódio isolado, mas o início do recuo e “congelamento” de várias iniciativas interessantes do Governo Federal em defesa da igualdade de gênero. Grupos conservadores e movimentos como o Movimento Brasil Livre (MBL) e o Movimento Escola Sem Partido (MESP), atuaram de forma coordenada durante a tramitação do Plano Nacional de Educação no Congresso Nacional, culminando na retirada de qualquer menção ao termo gênero.

Em 2014, depois de aproximadamente três mil observações e mudanças na proposta de plano original, o PNE foi sancionado sem vetos. A versão final do Plano Nacional de Educação (2014-2024), sancionada como lei, aprovou como meta o combate às desigualdades educacionais, referindo-se de forma vaga à erradicação de “todas as formas de discriminação”. A interdição dos temas de gênero e sexualidade no texto final, incitada por grupos neoconservadores e religiosos, foi um êxito. Sua articulação política foi fortalecida e mobilizada para o mesmo fim com relação aos planos estaduais e municipais de educação. Ademais, a retórica antigênero regula cotidianamente as políticas educacionais e interfere na liberdade de cátedra e no trabalho docente majoritariamente feminino, como Bazzo (2020) demonstra.

Movimento Escola Sem Partido (MESP)

E assim entramos no segundo aspecto a ser destacado, neste caso com a utilização de estratégias de silenciamento, controle e manipulação (especialmente do trabalho docente). Um pequeno movimento neoconservador passou a ter repercussão e adesão nacional inusitadas, através do discurso da “ideologia de gênero” que foi desenvolvido habilmente durante a discussão do PNE. Fundado em 2004 e transformado em Organização Não Governamental, em 2015, o Movimento Escola Sem Partido (MESP) originalmente se apresentou preocupa-

do com a "contaminação político-ideológica", através do suposto doutrinamento marxista de estudantes das escolas brasileiras, e se expandiu nacionalmente. A reivindicação principal era a de impedir que as professoras (utilizamos o gênero gramatical feminino pela composição majoritária feminina desta profissão) transmitissem, em aula, conteúdos contrários aos dos pais/mães. Se o foco principal foi, naquele momento, a discussão da suposta ideologia de gênero, a evolução das espécies ou o heliocentrismo no PNE, a regra também incluiu paulatinamente as posições políticas. Assim se (re)instalou um antigo debate sobre a hierarquia entre família e escola, na tensão entre o público e o privado no que se refere à educação (muito bem retratado na obra organizada por Lopes et al., 2007), não apenas com relação aos estudos de gênero, mas também com relação ao método materialista dialético demonizado como ideologia marxista.

Ao longo do tempo, observaram-se algumas alterações nas estratégias do MESP e que são refletidas nos dois anteprojetos escritos pelo seu fundador, o advogado Miguel Nagib, e disponibilizado no site oficial do movimento. Estes anteprojetos são muitas vezes reproduzidos com poucas alterações, e levado a plenário por vereadores, deputados e senadores. Vários são os projetos de lei em tramitação sobre o tema, mas existem alguns elementos que se repetem e podem ser identificados: 1) são propostas apresentadas por partidos conservadores; 2) atacam a escola pública; 3) são apoiadas pelo empresariado educacional; 4) partem do suposto de que docentes praticam proselitismo político-partidário e, com isso, limitam o "direito a aprender" dos estudantes.

Entres os projetos em tramitação, destacamos dois deles, por refletirem as mudanças de estratégias do Movimento Escola Sem Partido, ao longo dos últimos sete anos. Um deles foi desenvolvido em 2015 proposto pelo senador Izalci Lucas (PSDB), sendo o primeiro projeto de lei (PL 867/2015) em âmbito federal, sua ênfase é restringir as ações dos professores e conteúdos em sala de aula que pudessem ir em desencontro com os valores da família, usando como argumento central o direito da família sob aprendizagem dos alunos, então considerados tábulas rasas e altamente vulneráveis às ideias externas. O segundo projeto de lei foi apresentado em 2019 e proposto pela deputada federal Bia Kicis (PSL), no qual acrescentou um novo mecanismo de vigilância ao possibilitar aos alunos o direito de gravar as aulas sob a suposta justificativa de "controle de qualidade" e "revisão de conteúdos". Desta forma, se não foi possível criar formalmente um mecanismo de controle de con-

teúdo e silenciamento, impuseram-se mecanismos para constringer e silenciar as professoras indiretamente.

Por isso, o MESP precisa ser analisado além da sua aparência fenomênica - via discurso da "liberdade de ensinar" das docentes e do "direito de aprender" do aluno. É preciso observar, cuidadosamente, quais são suas intencionalidades e sua essência por trás da aparência. Nas batalhas por estabelecer hegemonia, diferentes grupos e agentes extrapolam o âmbito estritamente político-partidário e disputam reconhecimento e legitimação pelo sentido comum. É mediante a capacidade de conectar seus discursos ao sentido comum que os blocos históricos se tornam hegemônicos e capazes de naturalizar suas agendas, fazendo com que pareçam inevitáveis. Sendo assim, além de identificar a formação de uma aliança neoconservadora mobilizada pelo discurso da "ideologia de gênero" no Brasil, através dos projetos de lei baseados na proposta do MESP e pela exclusão definitiva do conceito de gênero dos planos educacionais, é possível, paralelamente, identificar o êxito desta aliança em estabelecer identificação entre seu discurso e o sentido comum. Inúmeros episódios foram registrados, em todo o país, como manifestações ou reproduções deste discurso. Somente em 2017, 5 (cinco) casos graves tornaram-se públicos com impacto potencializado pelas redes sociais. Familiares insatisfeitos elaboraram relatos públicos, amplamente difundidos, demonizando e ameaçando docentes que supostamente obrigavam seus estudantes a discutir sexualidade e gênero. Dentre esses casos ressaltam o de uma investigadora da Universidade Federal da Bahia que discutia divisão sexual do trabalho e foi ameaçada de morte; e o da filósofa estadunidense Judith Butler que foi recebida e despedida no aeroporto por agressivos manifestantes que tentaram proibir sua conferência, e a hostilizaram durante toda a sua estada no Brasil. A associação entre sexualidade e pedofilia levou ao fechamento de exposições de arte. Não surpreende, portanto, que mães e pais estejam preocupados ao receber a informação de que seus filhos e filhas são doutrinados politicamente e desvirtuados sexualmente no contexto escolar.

O MESP ganhou expressão nacional nos debates parlamentares e nas câmaras legislativas. No entanto, esses projetos de lei são apenas a ponta do iceberg, uma superfície fenomênica que guarda submersa sua essência, qual seja: a de manter e ampliar as relações sociais que caracterizam o atual estado de desenvolvimento do capitalismo dependente. Assim, o movimento se constitui um dos grupos da nova direita que represen-

tam suporte: 1) ao desejo neoliberal de transformar a educação em um bem comercializável e rentável, e 2) ao desejo neoconservador de transformar a educação em um assunto privado, com supremacia da família sobre o Estado. O referido movimento busca interferir na própria organização do trabalho didático-pedagógico. Em seu seio, foi adotado o lema “Professor não é educador”, que sugere a ideia de que a “verdadeira educação” seria realizada em casa, e que a escola seria apenas uma mera transmissora de conteúdos pré-definidos, neutros, sem posicionamentos político-ideológicos. Assim, os proponentes do MESP ocultam que, desde o ponto de vista legal, a educação é responsabilidade da família e do Estado em colaboração com a sociedade como um todo, conforme o artigo 205 da Constituição Federal.

Desde o ponto de vista pedagógico, a questão da neutralidade do trabalho docente nos retrotraí aos debates da década de 1980 sobre competência técnica e compromisso político, derivado do processo de democratização, sintetizado no seguinte problema: seria mais importante que o docente tivesse competência técnica capaz de efetivar o aprendizado dos conteúdos tradicionais ou o que importaria seria o compromisso político em favor da construção de uma sociedade democrática? O retorno deste antigo debate demonstra a restauração conservadora de ideias pedagógicas de um período marcado pelo autoritarismo e pela censura.

A “ideologia de gênero” transforma-se, articuladamente com outros elementos do ideário neoliberal, em estandarte político, produto de um esforço midiático e político que se expande além do Vaticano e passa a fazer parte de documentos e discursos (Miguel, 2016; Junqueira, 2017; Kalil, 2019). Os nomes vinculados ao MESP são de reconhecidos representantes do ideário neoliberal na economia e defensores de pautas neoconservadoras no campo político. Dentre as diversas bandeiras do movimento se destaca a compreensão da educação como mercadoria, como matéria de direito privado e familiar, e a defesa da neutralidade do trabalho pedagógico. Um de seus líderes declarou que sua inspiração para os projetos de lei foi o Código do Consumidor. Essa afirmação aconteceu durante uma Audiência Pública no Senado Federal realizada em 01/09/2016. Identificar o processo educativo como uma relação entre provedores e consumidores significa entender a educação como mercadoria e não como direito, e a política educacional como medida a ser regulada pela lógica da rentabilidade lucrativa do mercado.

Efeitos da Nova Direita nos Planos de Educação

A partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88), ainda que permeada por disputas de interesses em sua construção, consolidaram-se direitos reivindicados por movimentos sociais, dentre eles a educação, como “direito de todos e dever do Estado e da família” (Brasil, 1988). A fim de regulamentar esse direito à Educação, em seu artigo 214, a CF/88 prevê a elaboração de um “plano nacional de educação, de duração decenal, com o objetivo de articular o sistema nacional de educação em regime de colaboração e definir diretrizes, objetivos, metas e estratégias de implementação” (Brasil, 1988). Esse plano, assim como a consolidação de diversas legislações posteriores à CF/88, foi parcialmente cerceado quanto aos seus princípios fundamentais democráticos, imprimindo à política educacional um viés neoliberal. Nesse contexto de embates, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) foi promulgada apenas em 1996 e o Plano Nacional de Educação (PNE) somente em 2001. Vianna e Unbehaum (2004) analisaram esses três documentos – CF/88, LDB e PNE 2001, considerando três aspectos: a linguagem utilizada, os direitos garantidos, “e a última, adquire uma certa ambiguidade, pela qual a referência ao gênero desaparece da apresentação geral do documento, mas aparece -timidamente- em alguns tópicos” (Vianna & Unbehaum, 2004, p. 89). As autoras concluíram que o gênero não é destaque nesses documentos, pois aparece de forma difusa e encoberta, ainda que houvesse uma ampla discussão sobre o tema no Brasil, à época da aprovação do PNE 2001. Por outro lado, ao contrário do que ocorreu com esse PNE de 2001, o debate a partir de 2010 visando a construção do segundo PNE, caracterizou-se nitidamente pela existência de um movimento a favor da supressão de qualquer menção ao termo gênero (Reis & Eggert, 2017). Especialistas apontam que o combate à suposta “ideologia de gênero” se fortalece no país precisamente a partir de 2010, sob a influência do livro *La ideología del género: o el género como herramienta de poder*, do argentino Jorge Scala (Miskolci & Campana, 2017).

A Conferência Nacional da Educação (CONAE) constituiu-se em um espaço de debate e construção coletiva de um documento final que indicasse diretrizes para a política nacional de educação, a ser materializada no PNE. Destaca-se que o documento final da CONAE 2010, que ocorreu em Brasília, estabelecia notadamente a superação de desigualdades, dentre elas, as desigualdades de gênero (Brasil, 2010). Ainda que essa perspectiva

progressista estivesse presente durante a CONAE e expressa em seu documento final, a discussão e aprovação do segundo PNE no Congresso Nacional foram permeadas pela suposta ameaça da “ideologia de gênero”, a partir do crescimento da perspectiva neoconservadora e antigênero nesses espaços.

Vaggione (2020) destaca o papel dos políticos cristãos e de juristas confessionais para o fortalecimento desse movimento neoconservador. Compreendendo o direito como arena de embate, destaca-se a utilização, por esses grupos, de argumentos legais para fomentar a agenda moral e religiosa na construção, discussão e aprovação de projetos de lei. Machado (2020) aponta que foram promovidos diversos eventos no Congresso Nacional, a fim de propagar as formulações neoconservadoras sobre a suposta “ideologia de gênero”, como sendo uma maquiagem dos movimentos feministas e do “marxismo cultural”. Lograram excluir o termo gênero do PNE, sendo este aprovado e promulgado em 2014 sem qualquer menção ao gênero. Apoiado na ascensão desse discurso antigênero e neoconservador, que não se restringe ao âmbito do Congresso Nacional, sendo percebido também no senso comum, fortalece-se um “movimento que acusa as escolas de ‘doutrinação ideológica’ e propõe medidas para impedir que professoras e professores expressem, em sala de aula, opiniões consideradas impróprias” (Miguel, 2016, p. 595).

Para compreender o fortalecimento do MESP, Miguel (2016) expõe três dimensões do neoconservadorismo brasileiro. A primeira dimensão é a libertariana, a qual apoia o livre mercado, defende o Estado mínimo e se apresenta como alternativa à visão progressista em ambientes acadêmicos. A segunda dimensão é o fundamentalismo religioso, o qual é representado por uma bancada no Congresso Nacional. Essa força política é composta por denominações evangélicas e católicas com bandeiras moral-religiosas e que possuem forte presença também fora da política. O anticomunismo constitui a terceira dimensão, sendo representada principalmente por uma luta contra uma suposta conspiração comunista que buscava atingir o Brasil. Está intimamente ligada com o suposto “marxismo cultural”.

Essa onda neoconservadora, caracterizada por embates que demonstram a perspectiva antigênero e que

se declaram contra uma suposta “contaminação político-ideológica”, pode ser igualmente percebida nos Planos Estaduais de Educação (PEE). Severino (2019) demonstrou que a tramitação de centenas de Projetos de Lei foi iniciada simultaneamente nas Câmaras Municipais de Vereadores e nas Assembleias Legislativas Estaduais, excluindo a expressão “gênero” dos planos de educação¹². O mesmo aconteceu posteriormente com os projetos “escola sem partido”, mostrando o quanto a mencionada bancada atua de maneira articulada. A maioria dos Projetos de Lei apresentados pelo MESP não foram aprovados nas câmaras de vereadores ou assembleias legislativas estaduais. A bancada e o movimento mais acumulam derrotas do que vitórias. Porém, apesar de reprovadas, produzem um efeito importante nos docentes menos politizados e mais intimidados pelos ataques do movimento.

Vianna e Bortolini (2020) analisaram a perspectiva sobre gênero adotada nos Planos Estaduais de Educação (PEEs) promulgados entre os anos 2014 e 2016, e identificaram três diferentes tendências:

- a) a explicitação do gênero como importante ferramenta para o enfrentamento das desigualdades de gênero nas mais variadas instâncias, modalidades e níveis da educação brasileira;
- b) o uso parcial do gênero com referências às mulheres, aos direitos humanos e à cultura da paz;
- c) a omissão do termo gênero e de outros a ele relacionados ou até mesmo o veto (Vianna & Bortolini, 2020, p. 3-4).

Os PEEs refletem a disputa vivenciada em âmbito nacional, de um processo não linear de avanços e retrocessos em relação aos direitos de igualdade de gênero e direitos sexuais e reprodutivos. Essa reação neoconservadora traz tanto a perspectiva antigênero quanto reflexos do MESP. Dos 25 planos estaduais de educação analisados por Vianna e Bortolini (2020), três deles tiveram retirada do termo gênero e um vetou explicitamente qualquer menção à ideologia de gênero. A maioria dos estados (14 PEEs) mencionaram de forma restrita e difusa direitos humanos, de mulheres e LGBTs. Por fim, apenas 07 PEEs explicitaram a defesa de direitos sexuais e reprodutivos, assim como a promoção da igualdade de gênero. Tal resultado demonstra a complexidade da realidade, ilustrado pelas conquistas da introdução

12. As leis antigênero na educação foram contestadas por Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPFs) no Supremo Tribunal Federal (STF) e consideradas inconstitucionais. Isso demonstra também um deslocamento da discussão que se concentrava apenas no campo do Legislativo para também ser discutida no âmbito do Judiciário (Kalil, 2019).

da perspectiva de gênero na política educacional, assim como a inflexão do combate ao gênero.

Considerações Finais

A nova direita ou restauração conservadora, como ideologia político-econômica potencializada inicialmente pela hierarquia religiosa e, mais recentemente, por atores leigos, ocupa e disputa espaços de poder e de decisão. Nos primeiros anos do século XXI, consolidase a emergência dessa ideologia na América Latina, de forma reativa aos avanços alcançados no século anterior -embora não linearmente- principalmente pelos movimentos feministas e LGBTQs. No Brasil, dois fenômenos se destacaram: a falácia da “ideologia de gênero” e a estruturação do MESP.

A partir da análise destes, foi possível perceber que a nova direita, especialmente em sua vertente neoconservadora, conseguiu incidir sobre a área educacional no país. Sua abrangência pode ser depreendida do alcance e da adesão à luta contra a suposta “ideologia de gênero” e dos adeptos ao MESP, cerceando conteúdos científicos considerados por esses grupos como “ideológicos”, e limitando o próprio trabalho pedagógico através do estímulo à denúncia e à perseguição de docentes. Tais fenômenos ultrapassaram o âmbito religioso ou educacional, e atingiram espaços do Poder Legislativo e do Poder Executivo, influenciando na discussão de projetos de lei e, conseqüentemente, das leis em si, em todas as esferas de poder - do nível federal ao municipal.

É necessário reiterar que a força das ideias e movimentos neoconservadores sobre a família e as relações de gênero não se limitam aos âmbitos religiosos, porque mudanças importantes na ordem social de gênero (classe e etnia/raça) também afetam diretamente os setores econômicos e as organizações políticas. Os movimentos neoconservadores tendem a dialogar com a condição e percepção de significativos setores da população, pois colocam as mulheres como o foco e canal central das necessidades das famílias, dando a elas uma função de destaque especial. Se apropriam em nome das mulheres e reconduzem as necessidades práticas das famílias, sacralizando o papel das mulheres nesse âmbito, e evitando a conscientização e impedindo a sua repolitização, o que possibilitaria a transformação das necessidades práticas em interesses estratégicos de gênero.

Na esteira de políticas antigênero, ilustradas pelo suposto combate à “ideologia de gênero” e ao “marxismo cultural”, percebe-se que esses grupos conseguiram relativo êxito em conter avanços progressistas anteriores. Reconhecer e compreender as disputas estabelecidas por esses grupos possibilita o fortalecimento dos setores progressistas e críticos, visando pleitear a perspectiva de direitos de todos. Torna-se essencial, portanto, aprofundar a compreensão da nova direita, em especial na área da Educação, tendo em vista que a convergência das agendas neoliberais e conservadoras visam concomitantemente à restauração moral e à mercantilização da educação, fatores que ameaçam a educação pública, gratuita, laica e socialmente referenciada.

Referências

- Apple, M. (2002). "Endireitar" a educação: As escolas e a nova aliança conservadora. *Currículo sem fronteiras*, 2(1), 55-78. Recuperado de <https://www.curriculosemfronteiras.org/vol2iss1articles/apple.pdf>
- Bazzo, J. (2020, set-nov). Falar de *bullying* sem dizer do gênero: Dilemas do Programa Nacional de Combate à Intimidação Sistemática nas escolas brasileiras (Lei n. 13.185/2015). *Anuário Antropológico* [Online], 45(3), 223-245. Recuperado de <http://journals.openedition.org/aa/6663>. doi:10.4000/aa.6663.
- Brown, W. (2019). *Nas ruínas do neoliberalismo: A ascensão da política antidemocrática no ocidente*. São Paulo: Filosófica Politeia.
- Brasil (2010). *Conferência Nacional de Educação. CONAE - Documento final*. Brasília: Ministério da Educação. Recuperado de http://conae.mec.gov.br/images/stories/pdf/pdf/documentos/documento_final_sl.pdf
- Conselho Pontifício para a Família (2000, 21 de novembro). *Família, matrimônio e "uniões de fato"*. Recuperado de http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/family/documents/rc_pc_family_doc_20001109_de-facto-unions_po.html.
- Corsetti, B. Neoconservadorismo e políticas educacionais no Brasil (2019, out-dez). *Educação Unisinos*. 23(4), 774-784. Recuperado de <http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/view/edu.2019.234.11/60747441>.
- Freire, P. (1972). *Pedagogia del oprimido*, Buenos Aires: Siglo XXI Argentina.
- Garbagnoli, S. (2016). Against the heresy of immanence: Vatican's 'gender' as a new rhetorical device against the denaturalization of the sexual order. *Religion & Gender*, 6(2), 187-204. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/312506840_Against_the_Heresy_of_Immanence_Vatican's_'Gender'_as_a_New_Rhetorical_Device_against_the_Denaturalisation_of_the_Sexual_Order/link/5a29ffae45851552ae76fade/download.
- Gentili, P. (1996). Neoliberalismo e educação: Manual do usuário. In Silva, T. T. & Gentili, Pablo (Org.). *Escola S.A.: Quem ganha e quem perde no mercado educacional do neoliberalismo*, (9-49). Brasília: CNTE. Disponível em: <http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/4002523.pdf>.
- Hermida, J. F., & Lira, J. de S. (2020, junho 9). Quando fundamentalismo religioso e mercado se encontram: As bases históricas, econômicas e políticas da Escola Sem Partido, *Roteiro*, 45, 1-32. doi:10.18593/r.v45i0.23216.
- Junqueira, R. D. (2017). A invenção da "ideologia de gênero": A emergência de um cenário político-discursivo e a elaboração de uma retórica reacionária antigênero. *Revista Psicologia Política*, 18(43), 449-502. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1519-549X2018000300004.
- Kalil, I. O. (2019). Incursões da "ideologia de gênero" na educação. *Sur* 29, 16(29), 2019, 119-128. Recuperado de <https://sur.connectas.org/wp-content/uploads/2019/12/09-sur-29-portugues-isabela-oliveira-kalil.pdf>.
- Lopes, E. M. S. T. et al. (Orgs.) (2007). *500 Anos de Educação no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Machado, M. D. C. (2015). Religião e política no Brasil contemporâneo: Uma análise dos pentecostais e carismáticos católicos. *Religião & Sociedade [online]* .35(2), 45-72. doi:10.1590/0100-85872015v35n2cap02.
- Machado, M. D. C. (2018). O discurso cristão sobre a "ideologia de gênero". *Revista Estudos Feministas*, 26(2). Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/47463/37122> doi:10.1590/25x...
- Machado, M. D. C. (2020). O neoconservadorismo cristão no Brasil e na Colômbia. In Biroli, F., Vaggione, J. M., Machado, M. D. C. (1 ed.). *Gênero, neoconservadorismo e democracia: disputas e retrocessos na América Latina*. São Paulo: Boitempo.
- Miguel, L. F. (2016). Da "doutrinação marxista" à "ideologia de gênero". *Escola Sem Partido e as leis da mordaza no parlamento brasileiro*. *Revista Direito e Práxis*, 7(15), 590-621. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3509/350947688019.pdf>.
- Miskolci, R., & Campana, M. (2017). "Ideologia de gênero": Notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. *Sociedade e Estado*, 32(3), 725-748. <https://doi.org/10.1590/s0102-69922017.3203008>
- Oliveira, D. A. (2020). Políticas conservadoras no contexto escolar e autonomia docente. *Praxis Educativa*, 15, 1-18. doi:10.5212/PraxEduc.v15.15335.069.
- Paro, V. H. (2007). *Gestão escolar, democracia e qualidade do ensino* (1. ed). São Paulo: Ática.
- Paviglianiti, N. (1991) *Neoconservadurismo y educación. Un debate silenciado en la Argentina del 90*. Buenos Aires: Libros del Quirquincho. Recuperado de <http://institutocieloazul.edu.ar/wp-content/uploads/2016/09/Clase-13-Paviglianiti-Neoconservadurismo-y-Educacion-1.pdf>.

- Penna, F. (2016). Programa “Escola Sem Partido”: Uma ameaça à educação emancipadora. In Gabriel, C. T.; Monteiro, A. M.; Martins, M. L. B. (org.) *Narrativas do Rio de Janeiro nas aulas de história*. Rio de Janeiro: Mauad X. Recuperado de <https://professorescontraoescolasempartido.files.wordpress.com/2016/07/programa-escolasem-partido-uma-ameac3a7a-c3a0-educac3a-7c3a3o-emancipadora.pdf>.
- Pereira, C. (2016). *Proteção social no capitalismo. Crítica a teorias e ideologias conflitantes*. São Paulo: Cortez Editora.
- Pereira, P. A. P. (org.) (2020). *Ascensão da Nova Direita e Colapso da Soberania Política*. São Paulo: Cortez Editora.
- Peroni, V. M.V.; Lima, P. V. (2020). Políticas conservadoras e gerencialismo. *Praxis Educativa*, 15, 1-20. Recuperado de <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.15.15344.070>.
- Pinelli, L. (2020). Aproximações sobre as relações contraditórias entre gestão democrática e militarização das escolas públicas do distrito federal. III *Seminário Estado, Trabalho, Educação e Desenvolvimento: Para onde vai a educação? Crise do capital, conservadorismo e desafios à democracia na América Latina (200 anos de Friedrich Engels)*, Niterói.
- Reis, T., & Eggert, E. (2017, jan-mar). Ideologia de gênero: Uma falácia construída sobre os planos de educação brasileiros. *Educação e Sociedade*, 38(138). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/es/v38n138/1678-4626-es-38-138-00009.pdf>
- Saforcada, F. (2012). Las leyes de educación después de los años 90: De la hegemonía neoliberal al postconsenso de Washington. Persistencias, sincretismos y transformaciones. In: Feldfeber, Myria & Gluz, Nora (coords.). *Las políticas educativas después de los '90: Regulaciones, actores y procesos*. Buenos Aires: Clacso – Universidad de Buenos Aires, 17-42. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20180201025243/LasPoliticasyEducativas.pdf>
- Severino, F. (2019). *O Movimento e Programa Escola Sem Partido: Origem e Implicações*. (Trabalho de Conclusão Curso de Especialização em Direitos Humanos na América Latina). Foz do Iguaçu: Unila, 2019.
- Vaggione, J. M. (2020). A restauração legal: o neoconservadorismo e o direito na América Latina. In Biroli, F.; Vaggione, J. M.; Maxhado, M. D. C. *Gênero, neoconservadorismo e democracia: disputas e retrocessos na América Latina* (1 ed). São Paulo: Boitempo, 2020.
- Vianna, C. P., & Bortolini, A (2020). Discurso antigênero e agendas feministas e LGBT nos planos estaduais de educação: Tensões e disputas. *Educação e Pesquisa*, 46, São Paulo. Doi:10.1590/s1678-4634202046221756.
- Vianna, C. P., & Unbehaum, S. (2004). O gênero nas políticas públicas de educação no Brasil: 1988-2002. *Cadernos de Pesquisa*, 34 (121), 77-104. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n121/a05n121.pdf>.
- Yannoulas, S. C. & Silva, I. A. de (2017). Necessidades Práticas das Mulheres x Interesses Estratégicos Feministas. *Revista Feminismos* 5, 25 - 39.

Artículos centrales

Texto(s) y Contexto(s) sobre la adopción de niñas y niños en la Argentina desde mediados del siglo xx al siglo xxi¹

María Felicitas Elías^a

Fecha de recepción:	31 de mayo de 2021
Fecha de aceptación:	4 de junio de 2021
Correspondencia a:	María Felicitas Elías
Correo electrónico:	mfeliasppss@sociales.uba.ar

a. Profesora Consulta UBA. Facultad de Ciencias Sociales – UBA.

Resumen:

Este artículo se propone dar cuenta de las dimensiones relevantes que caracterizaron la trayectoria de la política pública (PP) adoptiva en la República Argentina para focalizar en los actores que la configuraron desde finales del siglo XIX al siglo XXI.

La propuesta caracteriza -el papel del Estado- por ser actor relevante a la hora de la definición de demandas sociales e incluye de otros actores interesados e involucrados en calidad de promotores principales, con la intención de visualizar el interjuego de intereses, alianzas y tensiones que se presentaron durante el diseño, ejecución y evaluación de la política adoptiva.

Comparto los ejes principales de las legislaciones adoptivas del país como producto de procesos sociales, que en su evolución y estructuración dan cuenta de campos, escenarios, estrategias cam-

1. Este artículo se deriva de la Conferencia dictada el 10.5.2021 en el Marco del Curso de Postgrado: "Adopción en la Argentina". Nuevos interrogantes sobre intervenciones clínicas y jurídicas". Organizado por el Ministerio de Salud –Dirección General Docencia e Investigación – Dirección de Capacitación y Docencia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

biantes. La intención es reflexionar acerca de las mediaciones y diferentes prácticas adoptivas legales y legítimas por las que transitó la sociedad argentina; los armados institucionales y las burocracias necesarias a las unidades e instituciones para poner en debate la enunciación de derechos infantiles, identidades y construcciones socio-jurídicas sobre ellas.

Finalizo el artículo con lineamientos de políticas y programas estatales de reciente confección y aplicación para NNyA y familias que se orientan a fortalecer la integración social. Planteo interrogantes y dudas acerca de consecuencias de la pandemia Covid-19 -que según los expertos- producirá modificaciones en la estructura poblacional de la Argentina.

Palabras clave: Adopción de niñeces - Políticas públicas - Pandemia.

Summary

This article aims to account for the relevant dimensions that characterized the trajectory of adoptive public policy (PP) in the Argentine Republic to focus on the actors that shaped it from the end of the 19th century to the 21st century.

The proposal characterizes - the role of the State - for being a relevant actor when defining social demands and includes other interested and involved actors as main promoters, with the intention of visualizing the interplay of interests, alliances and tensions that they were presented during the design, execution and evaluation of the adoptive policy.

I share the main axes of the country's adoptive legislation as a product of social processes, which in their evolution and structuring account for changing fields, scenarios, and strategies. The intention is to reflect on the mediations and different legal and legitimate adoptive practices that Argentine society went through; the institutional armed forces and the bureaucracies necessary for the units and institutions to debate the enunciación of children's rights, identities and socio-legal constructions on them.

I end the article with guidelines for state policies and programs recently drawn up and applied for children and adolescents and families that are aimed at strengthening social integration. I raise questions and doubts about the consequences of the Covid-19 pandemic - which according to experts - will produce changes in the population structure of Argentina.

Key words: Child adoption; Public policies; Pandemic.

"[...] Hagamos que la vida sea algo vivible para la mayor cantidad de personas posibles. Porque esa dimensión humana es una de las potencias vitales que hacen de la muerte un imposible".

Albertina Carri 6.5.2020

¿Cuál y cómo son los trazos gruesos del contexto que recorre tanto la historia social como la historia política de la patria con relación al texto adoptivo? Titulé Texto(s) y Contexto(s) de la adopción de niñeces (NNyA) en la República Argentina, focalizando entre los años 1948 y 2021 por ser el período de relevancia.

En el libro "La adopción de niños como cuestión social" (2004), estudio las políticas públicas (PPPP) de infancia(s) en la República Argentina desde la Colonia en el Río de la Plata hasta el año 1997, poniendo eso: texto

y contexto sobre la entrega, la crianza, la adopción, y de nuevo: entrega, tráfico, robo, apropiación, identidad de niñas y niños argentinas y argentinos. A diferencia de aquella publicación incorporo las modificaciones que acarreó el Código Civil y Comercial sancionado en 2015.

¿Cuál y cómo es/son la(s) historia del instituto adoptivo en la República Argentina?

¿Por qué el año 1997? Porque en él se sancionó la ley N° 24779 que nos alejó de una normativa vergonzante como fue la Ley N°19134/71, que si bien amplió la perspectiva adoptiva- a mi entender no fue pensada

en beneficio de las niñeces “sujeto” (¿) de esa política, como opinó Juan Pablo Cafiero al momento de la sanción de la nueva ley. Esa ley - la sancionada en el año 1971 según los argumentos que en algún tramo de la sesión de la Cámara de Diputados refiere el representante Cafiero: [...] “la ley que estamos debatiendo es la vieja ley” [...], en alusión a la norma escrita en la dictadura.

Esa “vieja ley” -la 19134/71 se ocupó de fortalecer de modo perverso las prácticas sociales de robo y apropiación de NNyA, tanto de las reclamadas y los reclamados por los organismos de DDHH, como de otras hijas e hijos de la pobreza (léase: hijas, hijos, hijes con derechos vulnerados), “adoptados” e inscriptos falsamente, y que son los hoy sujetos, grupos “buscadores” de sus identidades, como es el caso de la Ong “Quienes somos” y la “Asociación Civil Búsquedas Verdades Infinitas”. La última, en el mes de febrero 2021 presentó el amparo judicial² motorizado por el Estudio de abogados Di Vincenzo & Asociados), siendo Gisela Di Vincenzo representante legal y “buscadora” de su propia identidad.

Incorporo en este texto y contexto a aquellas -ayer niñas y niños- hoy adultas y adultos- que sin agruparse, buscan, bucean, preguntan, tocan puertas y en alguna ocasión mediando “las magias” de las redes, de la virtualidad facilitadora contactos (que antaño nos dejaba ver algún programa de tv)... son ciudadanas y ciudadanos que buscan familia e identidad, buscan identificarse, buscan hijas e hijos que les fueron robados. En todo caso, los primeros inquietan sobre [...] “el conjunto de atributos y características que permiten individualizarse en la sociedad en que viven” (Fernandez Sessarego, C. 210 s/f).

La identidad se conforma con aspectos estáticos (genoma humano, huellas digitales, los signos distintivos de la persona) y dimensiones dinámicas como son:

[...] “el despliegue temporal y fluido de la personalidad constituida por atributos y características de cada persona, desde los éticos, religiosos y culturales hasta los ideológicos, políticos y profesionales”. (Citado por Gil Domínguez, Fama y Herrera 2006:708)

Y, en menor medida - pocas líneas de política estatal- contribuyeron al despliegue identitario -como fueron el “Programa Provincial Reencuentros” (en el año 2007) auspiciado por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires que encabezaba Felipe Solá. Ese Programa -con limitada vigencia temporal- habilitó la posibilidad de acceder a los Archivos de Hospitales y Clínicas Privadas³. Una iniciativa similar en el mismo año propuso legalizar estas demandas en C.A.B.A. Se formalizó el proyecto, nunca se reglamentó y al poco tiempo fue desechado.

Las iniciativas estatales, generadas por demanda de actoras y actores “buscadoras, buscadores” permitieron localizar al menos “una parte” de historias del origen, de partidas y actas de nacimiento y expedientes tramitados en distintas departamentales judiciales donde sabemos que los papeles dicen y/o no dicen porque:

[...] “la identidad se construye con las vivencias, con las relaciones familiares, con el ámbito socio-cultural en el cual las personas se forman y educan, y también se ve marcada e influenciada por ese futuro trunco y ese pasado que se les niega a todos aquellos cuya identidad les fue suprimida” (Vitar Fontdevilla y Gilardi: 2004 s/f)

Hermanas, hermanos, madres (mayoritariamente mujeres, pocas veces varones, con excepción del caso Fornerón) fueron y son recuperadas y recuperados con algún informe/pericia social, audiencia... pero -en general estos expedientes, escritos y causas judiciales- es más lo que ocultan, lo que resumen, que lo que dicen, lo que se relata y se fija en el registro -para que años más tarde pueda convertirse en camino sustantivo de búsqueda de identidad.

Sí. Siempre o casi esas producciones periciales dan cuenta de poblaciones con sus derechos vulnerados por generaciones, personas indocumentadas e indocumentados, con lábiles o sin redes de contención social/comunitaria/institucional; hijas e hijos de hogares monoparentales y numerosos; residentes en habitats precarizados, donde convive más de una generación. Ubicados -gentrificación mediante- en barriadas con escasa o nula infraestructura institucional que facilite formas

2. Recayó en el Juzgado de 1º Instancia en lo Contencioso Administrativo Federal N° 10, (a cargo de Walter Lara Correa). Al respecto ver artículo en el periódico Tiempo Argentino, con autoría de Luciana Rosende. (marzo 2021).

3. Citado en: “Ser padres a cualquier costo. Ciudadanos sin su verdadera Identidad” (Pp. 125). Con autoría de Graciela Palma Arizaga. En: Nuevas formas familiares. Modelos, prácticas, registros. Elías, M.F. Buenos Aires, 2011.

de vida comunitarias, familiares saludables y garantes de derechos ciudadanos.

De allí vienen -esos actores desvalidos- para ser protegidos, para ser adoptadas y adoptados legalmente -en sede judicial- (1948) como instituyó la primer ley de adopción; y también para ser robadas, y apropiados -mediante procedimientos violentos como los de la última dictadura (Ley N° 19134). O bien, entregadas/os a "familias de bien" que no eran tan del bien, como sucedió con las inscripciones truchas, las guardas puestas, las carpetas, las y los chicos encontrados... y ejemplifico con la guarda y posterior adopción que realizó Héctor Magnetto y la que fuera en ese momento su cónyuge - Marciana Orué-, respecto de la niña Marcia Ludmila o N.N. (nacida presumiblemente el 13.1.84) según expediente⁴ tramitado en la Departamental Lomas de Zamora de la Provincia de Buenos Aires.

La nueva ley que es la vieja ley (Juan Pablo Cafiero Dixit)

En el año 1994 se produce el robo de la niña Eliana Garré, arrancada de los brazos de su madre en cercanías del Hospital Santojanni- (Comuna 9) de C.A.B.A. Con este hecho y el despliegue realizado por el entonces Secretario de Niñez de la Nación, y la colaboración de medios de comunicación, ingresó a la agenda pública y la agenda política, la necesidad de reformar la ley adoptiva vigente -que no era ni más ni menos que la del año 1971.

Luego de tres años de tratamiento en el Congreso de la Nación, se sancionó la Ley 24779/97. Ella reparó -de alguna manera -en la letra- la inequidad y las violencias a los derechos infantiles, reconocidos en los años 1948, 1989 y 1994 (CN). Violencias y violaciones a su identidad, a sus familias del origen, a la filiación, al alejamiento de su comunidad barrial de su centro de vida.

Vuelvo sobre la "nueva ley que era la vieja ley". Intensos y contradictorios debates, -en ambas cámaras legislativas- fundieron cinco proyectos elaborados entre los años 1983 y 1989. El propuesto por el Poder Ejecutivo contó con la Asesoría de Eva Giberti trabajadora social y psicoanalista, Julio Alak abogado y asesor de la presidencia de la Nación y Alejandro Molina, abogado y funcionario nacional. Esta iniciativa sumó otros nueve

proyectos originados en distintos bloques político partidarios; alguno de los cuales sugería penalizar a la madre que entregaba a su hijo, y otros, dar continuidad al sistema de prácticas sociales de búsqueda autónomas -por parte de personas adultas y adultos- interesadas e interesados en adoptar -niñas y niños- oriundos de distintas provincias de la República Argentina.

O sea: prácticas a ejercer por fuera de todo control estatal. Cuestión de oferta y demanda: Neoliberalismo vernáculo!

La Ley N° 24779 consagró la adopción plena, simple e integrativa y la obligatoriedad de guarda previa. Los principios fundamentales legislados: i) el derecho conocer la identidad biológica a la que no define en el artículo 10 inciso b; ii) la inhibición de la adopción internacional; iii) prohibición de entrega de niñas y niños por escritura pública, y iv) la organización del Registro Único de Adoptantes (RUA).

La unidad burocrática reglamentada en el año 2003, sorteó obstáculos e intereses de los estados provinciales que -en algunos casos interpretaban que el organismo nacional les restaría autonomía y federalismo.

En realidad lo que no se dijo, -o bien no quedó registro escrito pero sí en la memoria social- fue que: las prácticas sociales estatuidas y legalizadas durante el gobierno de dictadura habilitaron la búsqueda de niñas a ser "adoptadas" verían restringido su alcance. La misma preocupación imbuía a organizaciones privadas (Ong's) "especializadas" en elaborar "carpetas de pretensos adoptantes". Organizaciones que, con la nueva legislación dejarían de mantener status de agentes vinculantes entre interesadas e interesados en hacerse de una niña o un niño y madres/instituciones/profesionales proveedoras.

Además, las escribanías que daban fe sobre la entrega de niñas y niños con fines adoptivos quedaban prohibidas y por lo tanto, el ingreso de dineros por ese servicio.

El siglo XXI. Década del progresismo latinoamericano

Iniciado el año 2014, en la República Argentina se debatió - el Código Civil y Comercial (CCyC). Vigente desde

4. "N.N. o Marcia Ludmila. Causa N° 8177/1, de febrero de 1984. Juzgado de Menores N°1, actual Juzgado de Garantías del Joven de la misma departamental.

el 1 de agosto de 2015 incorpora -por primera vez- el título y los capítulos que refieren a la adopción. Sobre él Aída Kemelmajer de Carlucci entrevistada por el diario La Nación en octubre de 2014 respondía acerca del código:

“Ningún artículo debe interpretarse en forma aislada. El Código es un sistema de normas y es muy importante el título preliminar, que dispone que todas las normas deben ser interpretadas según la Constitución Nacional y los tratados de derechos humanos; por lo tanto, ningún artículo puede restringir derechos humanos y constitucionales. En el ámbito de la familia, este Código, igual que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, admite un derecho a la vida íntima y familiar con foco en que las personas pueden elegir una diversidad de formas familiares. Además, el lenguaje que utilizamos es muy importante. No hablamos, por ejemplo, de concubinato, sino de unión convivencial; ni de patria potestad, sino de responsabilidad parental, porque hay que enterrar las palabras peyorativas. El centro es el niño; no los padres ni los cónyuges”.

A la pregunta de-¿Qué es lo que más la enorgullece del nuevo Código?

“Que es un código que respeta las libertades individuales, que es plural, que no es un código de las abstracciones, sino de la realidad. Y está escrito en un lenguaje sencillo, sin jerga, para que todos puedan entenderlo”. (12.10.2014)

Es la primera vez que la institución de la adopción de niñas y niños es codificada, forma parte de un todo (el Código), de un sistema que regula relaciones sociales y comerciales, es plural, no peyorativo -al decir de Kemelmajer-. El Código define y caracteriza “al objeto de la cuestión de la política pública”-que en este caso es la adopción. Dice para ello en el artículo 594:

“La adopción es una institución jurídica que tiene por objeto proteger el derecho de niños, niñas y adolescentes a vivir y desarrollarse en una familia que le procure los cuidados tendientes a satisfacer sus necesidades afectivas y materiales, cuando éstos no le pueden ser proporcionados por su familia de origen. La adopción se otorga solo por sentencia judicial y emplaza al adoptado en el estado de hijo, conforme con las disposiciones de este Código”. (CCyC: 2015; 114)

Previo a esta caracterización, en el Título V, Capítulo I, artículo 558 indica cuáles son las fuentes de la filiación y puntualiza: por naturaleza, mediante técnicas de reproducción humana asistida, o por adopción, lo que a mi criterio da mayor fundamento al instituto adoptivo.

Este recorrido por el pasado reciente, exhibe el texto y el contexto del proceso por el que transcurrieron las emisiones de política pública de adopción de NNyA de Argentina. Mayormente infancias vulneradas por pobreza e identidad.

Recapitulación e institucionalidades

Ninguna sociedad posee la capacidad ni los recursos para atender omnímodamente a la lista de necesidades y demandas de sus integrantes. De atender todas “las cuestiones” que requiera la intervención del estado.

Sólo algunas necesidades son “problematizadas” en el sentido de ciertas clases, fracciones de clase, organizaciones, grupos o incluso individuos estratégicamente situados que creen que puede y [...] “debe hacerse algo a su respecto y están en condiciones de promover su incorporación a la agenda de problemas socialmente vigentes”. (Oszlak O.; O’Donell; 1976; 18).

Ahora bien, todas las políticas producen efectos, implican articulación de normas, prácticas y burocracias, siendo un campo en el que se expresa la eterna tensión -en términos burocráticos- entre unidades y procesos.

Las burocracias son parte del Estado y por ende también parte de los procesos adoptivos de chicas y chicos.

Luego, la asimilación del instituto adoptivo como política pública - produjo y produce -necesariamente- modificaciones (que se asientan sobre las bases y los contextos referidos en títulos anteriores) al interior del estado mismo y de las sociedades en las que se desarrollan tales procesos.

Veamos con diferentes ejemplos institucionales del estado:

- I. En las Unidades estatales (diferenciación estructural interna al estado), por ejemplo la sanción de la Ley de Patronato Estatal o Ley Agote (N°10903/19), implicó que en el año 1931, se creara la unidad estatal de aplicación: el Patronato Nacional de Menores

(PNM), bajo la órbita del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública.

Presidido a partir de ese año y hasta 1944, por Jorge Eduardo Coll, junto a otros funcionarios del área, tuvo a su cargo la organización institucional, la definición de funciones, la enunciación de la política institucional a nivel nacional, creando unidades que generaron desplazamientos horizontales y verticales de funciones, tareas y áreas.

En el año 1933 el PNM⁵ - aparte de la toma de posiciones, definición de políticas y programas, organización y ampliación de burocracias asociada al desarrollo de tareas organizó el "Primer Censo Nacional de Instituciones Oficiales y Privadas Protectoras de la Infancia Abandonada y Delincuente". Esa iniciativa pretendió realizar el diagnóstico de instituciones públicas y privadas dedicadas a las infancias - en muchos casos subsidiadas por el estado nacional- a la par que generar procesos de cierto consenso social -(internos y externos al poder ejecutivo y a la sociedad) acerca de las políticas infantiles diseñadas siempre bajo la polisémica caracterización de infancia abandonada y por lo tanto delincuente.

En el año 1944 el PNM pasó a depender de la Secretaría de Trabajo y Previsión, creada por el entonces Coronel Juan Domingo Perón, luego de la revolución del año 1943, con lo que la Unidad PNM paso a ser supervisada y monitoreada por la Secretaría de Trabajo y Previsión, decisión que produjo repercusiones horizontales y verticales en el PNM.

Modificación en las políticas y prácticas a desarrollar y esencialmente en las instituciones de internación de niñas, niños y adolescentes como puede verificarse en las Actas de la Sociedad de Beneficencia de la Capital, a la que se conminaba a rendir cuentas sobre los subsidios otorgados por la Secretaría, a modificar la vestimenta y guardapolvos de las y los niños institucionalizados y muchos otros reclamos que las Damas de la Sociedad (SBF) le hacen saber -sin éxito- al presidente Ortiz.

II. Otra ejemplificación de relativa actualidad: La N°24779/97 dio lugar a la creación del Registro Único de Adoptantes (RUA) dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación mediante la Ley N° 25854 del año 2003.

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por ejemplo, la Ley 114/98, creó el Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (CDNN-yA). En el año 2003, la Legislatura de C.A.B.A. para entrar en consonancia con la Ley N° 24779/97 y la que crea el Registro Único Adoptantes (RUA), legisló para dar lugar al Registro de Aspirantes a Guardas con fines Adoptivos (RUAGA).

Estas modificaciones en la política pública de adopción implicó -nuevamente procesos burocráticos, tomas y reajustes de posiciones y repercusiones tanto horizontales como verticales, ya fuera en organismos dependientes del ejecutivo nacional, provinciales y locales, como así también en la sociedad.

Se aprecia que las trayectorias de las legislaciones y codificaciones afirmativas de derechos significaron avances sustantivos, organización de áreas, equipos de trabajo con especificaciones técnicas, metodológicas y especialización de sectores del armado burocrático, en el nivel nacional y provinciales.

De epidemias, pandemias y natalidades

Los antecedentes de Argentina remiten a la epidemia de fiebre amarilla que asoló al país -durante la presidencia de Domingo Faustino Sarmiento- en el año 1871. Según los datos relevados, a causa de ella murieron 13671 personas, habitantes de la Ciudad de Buenos Aires, en tanto que las muertes totales para el mismo año (otras causas y fiebre amarilla) rondaron las 17084 defunciones⁶.

En el artículo "Impresiones profundas. Una mirada sobre la epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires", Carolina Maglioni y Fernando Stratta, hacen referencia a

5. Elías, M.F. La adopción de niños como cuestión social (2004:79) y Giménez, P. (2009) Estado, cuestión social e infancia. El Patronato Nacional de Menores (1931-1944).

6. Scenna; 1967; Diario de Mardoqueo Navarro. Discrimina por meses y nacionalidad de las y los fallecidos. En: Maglioni y Stratta (2009), Anexo Tabla 4 (Pp.19).

los “shocks demográficos” concepto que intentaré vincular más adelante a la cuestión adoptiva. En palabras de Massimo Livi Bacci (s/d), se hace referencia a que:

“Los shocks demográficos conllevan la idea de un repentino cambio en aquellos factores, externos o exógenos al sistema demográfico, que afectan la mortalidad, la natalidad y la migración. Hambrunas y epidemias, guerras y desplazamientos de poblaciones, pueden ser vistos como los factores externos al normal funcionamiento del sistema demográfico [...] Bajo un shock demográfico tradicional, la mortalidad sube repentinamente, la natalidad desciende, la movilidad estalla y se desarman las familias. Sin embargo, tras el shock se producen los cambios que contrarrestan las consecuencias iniciales. En otras palabras, una situación estable se quiebra y la población lucha por recobrar el equilibrio”. (2009:14)

Maglioni y Stratta, indican que no les es posible afirmar -pese a los estudios y datos relevados que [...] “la epidemia haya generado grandes desequilibrios en términos de la distribución geográfica de la población en la Ciudad de Buenos Aires” (2009:16).

Concluyen que las intervenciones de las prácticas higienistas, el control estatal y las profundas corrientes inmigratorias no pusieron en evidencia los shocks poblacionales anunciados, y que las muertes producidas por la epidemia si bien afectaron a un importante caudal de habitantes de la ciudad mayoritariamente extranjero; los flujos migratorios permitieron equilibrar el total de la población con que contaba el país en la Ciudad de Buenos Aires.

Realizada esta aproximación al tema remito al presente con el objetivo de establecer los primeros nexos conceptuales entre las condiciones que ofrecen los índices de natalidad y mortalidad y la configuración familiar. Según un artículo reciente, sabemos que:

[...] “los primeros datos llegaron desde Europa, que desde el inicio de la pandemia muestra postales que anticipan lo que luego sucede de este lado del mundo. El Instituto Nacional de Estadísticas y Estudios Económicos de Francia publicó que en enero de este año, nueve meses después de que el país entrara en su primer confinamiento, las cifras preliminares de 53.900 nacimientos re-

presentan un 13% menos respecto de enero de 2020. En España, de los 30 mil nacimientos al mes habituales, en diciembre de 2020 se bajó a 23.226: un 20,4% menos que un año antes. En Italia, hubo alrededor de 400 mil nacimientos en 2020, frente a los 420 mil de 2019, en paralelo con 647 mil muertes: la brecha más grande entre ambos indicadores desde el brote de gripe española en 1918. (Rosende: 2021; 30).

Más adelante en el mismo artículo, el Vicedirector del Doctorado en Demografía de la Universidad de Córdoba refiere que

[...] “La pandemia tiene efecto sobre la mortalidad, sobre la natalidad y lo tendrá sobre otras variables demográficas, como las migraciones. Todas las hipótesis de modificación poblacional deberán ser revisadas”. (Peláez apud Rosende: 2021; 30).

Aunque aún no se cuenta con datos certeros para investigar acerca del impacto en la fecundidad-natalidad, porque los nacimientos que ocurrirán en este año fueron engendrados en el año 2020, sí se observa que de acuerdo a los primeros informes de la Provincia de Córdoba se detecta una caída de nacimientos de casi el 10% respecto del año 2019.

Mario Sebastiani, obstetra y autor del libro “¿Por qué tenemos hijos?”, refiere que en C.A.B.A. la natalidad-fecundidad registra:

“una fuerte baja en los nacimientos en el Hospital Italiano en tiempos pandémicos: En nuestra maternidad, el número de partos es un 30% inferior a dos años atrás. Lo mismo me cuentan colegas de hospitales públicos y clínicas del sector de las prepagas”. (Rosende: 2021; 30)

Estos estudios y sistematizaciones incipientes motivan a interrogarnos sobre cuál y cómo será el shock poblacional post pandemia en la República Argentina ¿Cómo impacta e impactará la pandemia en la natalidad, en la conformación de familias? Y más especialmente ¿cómo se patentizará la natalidad, la crianza y el cuidado según clases sociales?...

Todo un dilema... en especial una nueva “cuestión” a tener en cuenta en los futuros procesos adoptivos, por cuanto:

[...] "en la Argentina el 14% de las niñas, los niños y adolescentes de 0 a 17 años son indigentes y el 52,6% son pobres, de acuerdo con los datos de la EPH-INDEC 2019, y si se hace foco sobre la población en situación de indigencia, el 45,2% de éstos en la Argentina tienen entre 0 y 17 años." (la defe;2021:1).

¿Serán estas niñas y niños hijos de la pobreza, la pandemia y la vulneración de derechos las y los "nuevos" sujetos a ser adoptados por familias argentinas? ¿Qué tipos de prácticas se desarrollarán? ¿Las instituciones y unidades específicas contendrán las demandas que surjan?

No lo sabemos aún, pero sí que estas incógnitas precisan ingresar al campo de nuestras hipótesis de trabajo con familias y adoptabilidades, teniendo presente el proceso histórico de circulación de chicas y chicos y a las dificultades que mencionan las y los especialistas que laboran en la temática.

Políticas. Intervenciones sociales. Un campo de interrogantes y la búsqueda de caminos posibles

Las acciones estatales desplegadas por el gobierno argentino, desde marzo del año 2020, expresan la voluntad de resarcir la extrema pobreza, la carencia de ingresos, la falta de retribución por trabajo, además del desempleo y mega endeudamiento heredado del ciclo macrista.

Prueba de ello destaco que las políticas de AUH y AUE, incluyeron -en reciente período 340000 nuevas beneficiarias y beneficiarios; a la vez que ampliaron los planes Progresar y otras asignaciones, que si bien no eliminan la pobreza ni la indigencia en las familias argentinas, tienden a la restitución de derechos.

Dan cuenta de un Estado que busca abandonar la retirada del ciclo político anterior y hacerse presente en auxilio de los que menos tienen y por sobre todo más rodeados de derechos vulnerados.

¿El Plan de los 1000 días, la protocolización reciente de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), modificará las perspectivas de natalidad, de crianza, de cuidado, de familia? ¿Qué sucederá y como se podrá evitar

las entregas de infantes, el trafico de niñas y niños y posibles adopciones ilegales. Son alertas y verificaciones pendientes que requieren de reflexión, interdisciplinariedad y perspectiva de futuro de momento incierto.

María Eugenia Hermida y María Luz Bruno, en diciembre de 2020, advertían acerca de la efectividad de las políticas, diciendo:

Sabemos que las normativas se plasman con pretensiones de generalidad que generan desafíos diversos, y que la puesta en práctica de esos derechos implica resistencias, tensiones, contradicciones, imposibilidades, dificultades, que obstaculizan la real efectivización de los mismos. La distancia entre los enunciados que proclaman derechos y lo que sucede en la vida real, ha sido conceptualizada, como "moda de derechos" (López, 2009) o "festival de los derechos" (Bustelo, 2007), y nos invita a una reflexión mayor (2020:6)

Con base en las reflexiones de las colegas, me interesa presentar emisiones estatales recientes que con diferente nivel de juridicidad permiten articular el Decreto N°598/21 que designa a Victoria Tolosa Paz al frente del Consejo Federal de Políticas Sociales.

Esta designación y las primeras acciones evidenciadas dan cuenta que el Consejo Federal desarrollará tareas transversales a todos los ministerios nacionales. Uno de los objetivos es recoger demandas y necesidades sociales para articularlas.

Una de ellas, próxima a la temática adoptiva, el robo de niñas y niños y el quite de identidad es: la iniciativa que permitió detectar y relevar cerca de 14000 causas/expedientes judiciales -en los que personas no identificadas al nacer, solicitan ser registradas en el Registro Civil y por lo tanto reconocimiento de identidad, obtención del acta de nacimiento y de documento nacional de identidad.

En acciones conjuntas con el Registro Nacional de las Personas (Renaper), además del relevamiento judicial se han desarrollado indagaciones y búsquedas que permiten estimar que se encuentran en esta situación de NN entre 200000 y 900000 personas. De esa cifra el 65% serían mujeres de entre 18 y 35 años, privadas y priva-

dos de derechos y ciudadanía. Pasibles de ser traficadas y traficados, imposibilitados de obtener certificación de escolaridad, anotar a las y los hijos nacidos.

Al mes de octubre del año 2020, cerca de 2000 ciudadanas y ciudadanos de distintas provincias han obtenido el Certificado de Pre Identificación (CPI), paso previo a obtener el documento nacional de identidad (DNI).

Una segunda iniciativa, en este caso del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, es el Programa “Ando buscando a mi bebe⁸”. A cargo de la Dirección Provincial de Personas Desaparecidas. Las y los “buscadores” generadores de la demanda personal y social encontraron al estado receptor de la petición planteada en diversidad de ocasiones del pasado y el presente.

Para concluir en un nuevo comienzo

Ratifico la presencia y actividad estatal como actor relevante de emisiones y vínculos de diálogo social. El estado puede y debe afinar la mirada y las intervenciones en bien de la ciudadanía toda.

En segundo lugar sobre todo luego de las iniciativas referidas respecto de identidad y restitución de personas, reitero que las burocracias son parte del Estado y

por ende también parte de los procesos previos y post adopción de chicas y chicos.

Las burocracias dejan de ser efectivas y conducentes a la ciudadanía, cuando construyen espacios de poder y autonomía para su propio beneficio. Es allí cuando las y los profesionales deberemos poner atención y realizar la labor de crítica profesional e institucional.

Valoro investigaciones, estudios y resultados de trabajos que dan lugar a construir el campo interdisciplinar, interactivo y productivo en el marco de políticas públicas de infancia(s) y en especial en perspectiva del instituto adoptivo argentino.

Demás está decir que celebro la reflexión crítica y búsqueda de colegas del campo de las ciencias humanas y sociales sobre la institución adoptiva, la institucionalización y desinstitucionalización, las infancias y el linaje que han dejado de ser campo exclusivo de la ciencia jurídica y la psicología.

Y, por último resulta necesaria-frente a la incertidumbre de la época- reelaborar estrategias de familiarización de NNyA por medio de encuentros de trabajo e investigación, y habilidades de intervención social en el contexto actual. En ese marco reflexionar sobre el cuidado, la natalidad, la mortalidad, la continuidad y no prescripción de las intervenciones, sumado a las posibles reconfiguraciones familiares y sociales.

8. #YoSoy#identidad#origenes: <https://www.youtube.com/watch?v=fEYtKGh6yUM>

Bibliografía

Elías, M. F. (2004). *La adopción de niños como cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.

Hermida, M. E., Bruno, M. L. (2020) Artículo: "La intervención profesional en el marco de un enfoque de derechos". En: Encuentro Nacional de Fauats. Mar de Ajo (Provincia de Buenos Aires).

Palma Arizaga, G. (2011). "Ser padres a cualquier costo. Ciudadanos sin su verdadera Identidad" (Pp. 125). Con autoría de. En: *Nuevas formas familiares. Modelos, prácticas, registros*. Elías, M.F. (Comp.) Buenos Aires.

Gil Domínguez, A.(2015). El derecho a la identidad genética y las TRHA en el Código Civil y Comercial Autor: Publicado en: DFyP 03/09/2015, 143 Cita Online: AR/DOC/2441/2015. Recuperado: <http://www.colectivoderechofamilia.com/wp-content/uploads/2017/10/GIL-DOMINGUEZ-El-derecho-a-la-identidad-gene%CC%81tica-y-las-TRHA-en-el-Co%CC%81digo-Civil-y-Comercial.pdf> (21.5.2021).

Maglioni, C.; Stratta, F. (2009). Artículo: "Impresiones profundas. Una mirada sobre la epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires". En: *Revista Semestral de Datos y estudios demográficos*. Dirección General de Datos y Estudios Demográficos. Dirección de Estadísticas y Censos. Ministerio de Hacienda. Buenos Aires, Gobierno Ciudad. Año 6, N°9. Abril (Pp. 9-21).

Oszlak, O. O, Donnell, G. (1976). Artículo: "Estado y políticas estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación". *Documentos CEDES-CLACSO*, N°4. Buenos Aires.

República Argentina (2021). Defensora de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. La defe. Comunicado: "Terminar con la

indigencia en la niñez y la adolescencia. Sobre la renegociación de la deuda externa". Recuperado: www.defensoradederechos-NNyA.gob.ar/informacionutil/comunicados. (10.5.2021).

----- (2021). Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Seguridad. Dirección Provincial de Personas Desaparecidas, Programa "Ando buscando a mi bebe"#YoSoy#identidad#origenes. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=fEYtKGh6yUM> (20.5.2021)

----- (2014). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. *Código Civil y Comercial de la República Argentina*. CA.B.A., 1° Ed. Infojus.

Periódicos

Carri, A. Artículo: "Esa mujer que me salvó la vida". En: *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/339301-esa-mujer-que-me-salvo-la-vida> (6, mayo, 2021).

Rosende, L. Artículo: "Buscadoras y buscadores: les robaron su identidad y quieren saber quiénes son". Sección Información general. En: *Tiempo Argentino* (Pp.30). Recuperado de: www.tiempo.com.ar (14, marzo, 2021).

-----Artículo: "El impacto demográfico de la pandemia: menos nacimientos y una incierta pirámide poblacional". Sección: Información general. En: *Tiempo Argentino*, (Pp.30). Recuperado de: www.tiempo.com.ar

Zommer, L. (12 octubre 2014). Entrevista Aida Kemelmager de Carlucci. Sección. Opinión. La Nación. Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/opinion/aida-kemelmager-de-carlucci-me-dolio-que-se-excluyera-del-codigo-civil-la-responsabilidad-del-estado-nid1734474/>. (10.5.2021).

Artículos seleccionados



Artículos seleccionados

El Derecho a la salud en el campo jurídico y sanitario. Hacia la construcción de la justicia sanitaria.

Echegoyemberry María Natalia^a

Fecha de recepción: 18 de marzo de 2021
Fecha de aceptación: 8 de junio de 2021
Correspondencia a: Echegoyemberry María Natalia
Correo electrónico: echegoyemberry2014@gmail.com

- a. Magíster en Salud Pública (UBA); Abogada (UNL), Psicóloga (UP). Integra el Grupo Investigación Persona Ambiente (GRIPA). Docencia e investigación (CEI-UNR; ISALUD).

Resumen:

En el sistema jurídico Argentino el derecho a la salud es considerado un Derecho Humano fundamental interdependiente de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), pese a esto existe aún una brecha entre el derecho consagrado y su implementación, ello por la presencia de múltiples barreras que restringen y limitan el acceso a la salud para gran parte de la población. Sin embargo, consideramos que no es sólo un problema de implementación del derecho a la salud, sino también de cómo está concebida la salud en la práctica jurídica y sanitaria. Por ello, aún es necesario reflexionar sobre qué se entiende por salud en las políticas públicas y de qué manera las concepciones que sostienen sobre la salud condicionan las prácticas y éstas las formas de vivir, enfermar y morir de personas, colectivos y comunidades. Finalmente, presentamos algunos lineamientos a partir de los cuales queremos proponer repensar el derecho a la salud en los sistemas jurídico y sanitario desde una perspectiva crítica, la cual resulta fundamental para la construcción de la soberanía y justicia sanitaria.

Palabras clave: Derecho a la salud - Justicia Sanitaria - Derechos humanos.

Summary

In the Argentine legal system, the right to health is considered a fundamental Human Right interdependent with economic, social, cultural and environmental rights (ESCR), despite this there is still a gap between the consecrated right and its implementation, due to the presence multiple barriers that restrict and limit access to health for a large part of the population. However, we consider that it is not only a problem of implementation of the right to health, but also of how health is conceived in legal and health practice. For this reason, it is still necessary to reflect on what is understood by health in public policies and in what way the conceptions that they hold about health condition practices and these the ways of living, getting sick and dying of people, groups and communities. Finally, we present some guidelines from which we want to propose rethinking the right to health in the legal and health systems from a critical perspective, which is fundamental for the construction of health sovereignty and justice.

Key words: Right to health; Health Justice; Human rights.

La salud como derecho humano fundamental

En el sistema jurídico Argentino el derecho a la salud es considerado un Derecho Humano fundamental interdependiente de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), pese a ésto existe aún una brecha entre el derecho consagrado y su implementación, ello por la presencia de múltiples barreras que restringen y limitan el acceso a la salud para gran parte de la población. Sin embargo, consideramos que no es sólo un problema de implementación del derecho a la salud, sino también de cómo está concebida la salud en la práctica jurídica y sanitaria. Por ello, aún es necesario reflexionar sobre qué se entiende por salud en las políticas públicas y de qué manera las concepciones que sostienen sobre la salud condicionan las prácticas y éstas las formas de vivir, enfermar y morir de personas, colectivos y comunidades. Asimismo, nos preguntamos cuál es el rol del Estado en la garantía, promoción y extensión del derecho a la salud en los distintos modelos de organización y de gestión de salud; cómo está regulado, con qué jerarquía, cuál es el contenido del derecho a la salud, entre otras.

Primeramente, enunciaremos algunas concepciones sobre qué es la salud en los distintos

modelos sanitarios. Nos importa introducir este debate ya que suele ser un tema invisibilizado en el campo jurídico, se recurre a la utilización de concepciones biologicistas e individualistas que se traducen tanto en la praxis jurídica, en la legislación, en políticas públicas y en las

sentencias judiciales sin lograr equidad en términos sanitarios. Finalmente, presentamos algunos lineamientos a partir de los cuales queremos proponer repensar el derecho a la salud en los sistemas jurídico y sanitario desde una perspectiva crítica, la cual resulta fundamental para la construcción de la soberanía y justicia sanitaria.

¿Qué es salud y porqué es necesario pensar en proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado?

Si hablamos de derecho a la salud es necesario definir primero qué entendemos por salud y por enfermedad. Se ha señalado que la noción de salud es central en la teoría de la justicia (De La Sierra, 2007). En igual sentido, se expresa que de la noción de salud se desprende la idea de justicia, por ello es necesario definir qué tipo de bien social es la salud, qué relación tiene con otros bienes, si hay o no obligación de proveer atención sanitaria, si existen (o no) desigualdades en la distribución de recursos que resultan moralmente aceptables o inaceptables (Daniels, 1985). El concepto de salud, no es unívoco, y experimentó cambios en el contenido, alcance y extensión. Podemos señalar que encontramos dificultades a la hora de conceptualizar el término salud y enfermedad, pues dependen del contexto en el que se insertan y se utilizan, son cambiantes y relacionales (Gavidia, Talavera, 2012). La praxis jurídica suele hacer un uso restringido de lo que es salud, y ello conlleva a una restricción de derechos para la ciudadanía y a su vez, una participación estatal más restringida. En general las conceptualizaciones sobre salud provienen casi

de manera exclusiva desde el campo médico. Sin embargo, el saber de la medicina debería poder ser sólo una parte del saber acerca de las enfermedades (Menéndez, 2005). Como señalan Ginés González García y Tobar (2004:10) *“la salud de nuestro pueblo es algo demasiado importante para dejarla sólo en manos de los médicos (...)”*

Partimos de la premisa que la concepción de salud que el Estado, los gobiernos, los organismos y la ciudadanía sostienen, condiciona e impacta en la configuración de los sistemas jurídico y sanitario, en las políticas públicas que se implementan, en las formas de abordar las problemáticas, en la definición de los sectores del Estado convocados y en el tipo de respuesta; y en los dispositivos de participación comunitaria que se crean, reconocen o legitiman (Echegoyemberry, 2017).

¿Qué modelos de salud existen?

Encontramos en la actualidad por lo menos dos concepciones -contrapuestas - en relación a la forma de concebir la salud, una que pone el foco esencialmente en lo biológico propia del Modelo biomédico o Modelo Médico Hegemónico (MMH) y otra más amplia que incorpora lo social como variable relevante, a partir del concepto de determinantes sociales o condicionantes del proceso de salud enfermedad atención cuidado (PSEAC). Las diferencias entre ambos modelos se traducen en formas diferentes de pensar la organización de la respuesta sanitaria, la mayor o menor participación y autonomía de las personas en relación a su salud, la exigibilidad hacia el estado de prestaciones de salud y fundamentalmente tiene implicancias en términos de ampliación o restricción de ciudadanía y de justicia sanitaria. A los fines de este artículo se presentarán aquellos modelos que consideramos realizan un aporte a la conceptualización de salud y que han tenido y tienen implicancias en la configuración de los sistemas jurídico y sanitario.

Modelo biológico

Encontramos definiciones con mayor tradición en el campo de la medicina que restringen la salud a lo estrictamente corporal, la salud y la enfermedad se centran en el cuerpo, en un órgano, en su aspecto puramente biológico. Así, el *“silencio de los órganos nos indica salud”* (Gavidia & Talavera, 2012). A finales de 1800, se entendía que si no había células enfermas, no había patologías. En esta conceptualización, hay un concepto unitario, estático,

que ha sido denominado de déficit, la salud se define por su negativo, por la ausencia de enfermedad. Gavidia y Talavera (2012) señalan que la medicina antigua poseía una concepción unitaria y globalizadora del fenómeno de la enfermedad, de forma que cualquier enfermedad implicaba la pérdida de la normalidad. La salud y la enfermedad aparecen como conceptos opuestos o categorías dicotómicas (Iriart, Merhy, Waitzkin, 2000). Desde una concepción biologicista, la enfermedad recae en el cuerpo de la persona, o en un órgano, y de ello derivará en una forma específica de tratamiento (medicalización), de atención (tecnocientífica) basada en el modelo biomédico o modelo médico hospitalario u hospitalocéntrico. Couceiro (2006) señala que la medicina tradicional no evaluaba los factores socioeconómicos, eran dejados de lado y hasta eran considerados opuestos al ejercicio de la medicina.

En este modelo el sector salud es el único que puede dar respuestas válidas ante las enfermedades biológicas, a partir de la implementación de un modelo sanitario curativo. En consecuencia, el abordaje propuesto por este modelo es sectorial y las políticas que derivan de una concepción puramente biológica de la enfermedad suelen ser fragmentadas y segmentadas. Menéndez (2005) considera que el tratamiento de la enfermedad ha sido atribuido casi de manera exclusiva al saber de la medicina, éste reduce la enfermedad a signos y a diagnósticos casi exclusivamente biológicos. El problema es que se presenta una supuesta historia natural de la enfermedad que encubre las desigualdades sociales y los componentes ideológicos de la forma de abordar los problemas, no tiene en cuenta el tipo, la frecuencia y distribución de la enfermedad en las comunidades. En esta lógica los problemas de salud se explican de manera descontextualizada de las condiciones materiales de vida de las personas. Esta impronta biologicista impacta tempranamente en la configuración del sistema jurídico y fundamentalmente en el sistema sanitario.

Modelo Social de salud

Podemos señalar que el modelo social surge como un modelo alternativo al modelo biologicista, pero fundamentalmente es un modelo crítico a la forma de producir salud y enfermedad propia del modelo de desarrollo capitalista. Particularmente, en América Latina este modelo se va perfilando como modelo alternativo dentro de lo que se conoce como Salud Colectiva latinoamericana surgiendo como una corriente contra-hegemónica, crítica a la mercantilización de la salud y biomedicaliza-

ción de la vida (Michalewics, Pierri & Ardila Gómez, 2014), estableciendo un cuestionamiento profundo al paradigma MMH. Aquí la enfermedad no es ya un fenómeno biológico, sino un producto histórico y derivado de las relaciones sociales y del trabajo (Laurell, 1995). Dentro del modelo social encontramos la salud definida como *"una categoría compleja, socialmente construida, determinada no sólo por el patrón biológico sino que es expresión y producto de una construcción social e histórica, que responde a factores sociales, políticos, culturales y económicos"* (Contandriopoulos, 2000:10). Gavidia y Talavera (2012) conceptualizan la salud como un estado relativo, dinámico, variable, individual y colectivo, donde entran a jugar las relaciones sociales, producto de determinantes sociales, ambientales, genéticos-biológico y ecológico que se distribuyen y se expresan en nuestra biología. Sostienen que la respuesta del sistema -de salud y jurídico- debería ser estructural, lo que necesariamente implica pensar en términos de desigualdades sociales. Tener en cuenta ésto, permite definir no sólo una política para la enfermedad, sino también para la salud (Menéndez, 1990). Se señala que esta corriente entiende la salud como un asunto de orden político (Granda, 2000, 2003). En esta corriente -Salud Colectiva- el concepto de salud se integra y articula con el "buen vivir" (sumak kawsay). Así, la salud tiene tres dimensiones (salud individual -de cada persona-, salud social -del grupo o comunidad-, salud ambiental -del medio físico-), la enfermedad es la ruptura de ese triple equilibrio (Delgado Sumar, 1984).

Modelo bio-psico-social-salutogénico

Si bien este modelo podría estar incluido dentro del Modelo social, se diferencia de éste en que es impulsado y promovido fundamentalmente desde los organismos internacionales. Este modelo surge con posterioridad a la posguerra, donde la salud comienza a ser vista como el medio necesario para la consolidación de la paz y el desarrollo de los países. Se señala que a partir de la constitución de la OMS en 1948, se facilita la visibilidad de este enfoque sanitario, en el campo internacional y regional y con ello, cobra fuerza la salud pública. De esta manera el "paradigma de la salud pública pasó a constituir una bandera emblemática" promovida por la OMS (Arce, 2010). La OMS define la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad" (OMS, 1948). Pero esta conceptualización de salud ha recibido varias críticas, por utópica, estática y subjetiva (Salleras, San Martín, Gómez y Varena, 1981, 1985). Otros autores, sin embargo, sostienen que el modelo biopsicosocial se

constituye en una propuesta integradora, comprehensiva y sistemática de los distintos niveles (biológicos, psicológicos y sociales) (Sperry &, 2004). Recién en el 2005 la OMS insta a incorporar la noción de determinantes sociales de la salud (estructurales e intermedios) en las políticas públicas, pues la salud no se logra sólo por el acceso al Sistema de Salud o acceso a tratamientos médicos sino mediante el abordaje de los factores que generan desigualdades sociales. La mayor parte de las desigualdades sanitarias dentro de cada país son causadas por los determinantes estructurales y las condiciones de vida (CDSS, 2008:14). Vemos como la definición de salud se entrelaza con la noción de política. Pues para lograr modificar los DSS se requiere de acción política, para superar las desigualdades en la distribución del poder económico y social y por lo tanto, como señala Granda (2000, 2003) se dota de contenido político el discurso del derecho a la salud. Esto nos conduce a pensar que la salud no es sólo un problema de cobertura de servicios sanitarios, sino que es necesario actuar sobre los DSS, a partir de un modelo de promoción y prevención. Sin embargo, y de manera paradójica, las verdaderas acciones de prevención y promoción de la salud, escapan a la esfera decisoria del sector salud (como son las obras de extensión de red de agua o cloacas, infraestructura, reurbanización, mejoramiento de vivienda rural) (Arce, 2011). A su vez, es prioritario abordar los determinante ambientales en el PSEAC, aspecto que suele ser relegado en el sector salud.

Algunos lineamientos para pensar el derecho a la salud

En este apartado creemos necesario presentar algunas premisas para comprender el alcance y extensión del derecho a la salud en los sistemas sanitario y jurídico, como sigue:

La salud en el sistema jurídico argentino es un derecho humano fundamental con jerarquía constitucional

A partir de la reforma constitucional de 1994, se incorporó expresamente el derecho a la salud en la Constitución Nacional (CN) y a partir de ello, se ha visibilizado la existencia del derecho a la salud en los tribunales y se ha generado un *activismo judicial* en pos de hacer valer dicho derecho (Abramovich, Pautassi, 2008). La CSJN reconoció jerarquía constitucional al derecho a la salud, a la luz de los tratados de Derechos Humanos

incorporados en la CN (Bergallo, 2013). Sin embargo, algunos autores consideran que el derecho a la salud no tuvo adecuado tratamiento constitucional en el país, o fue regulado de manera poco satisfactoria o insuficiente (Moyano & Escudero, 2011).

El derecho a la salud debe ser entendido inserto en un contexto histórico, político y económico

El contexto histórico, político y económico condiciona -restringen o amplían- el derecho a la salud, moldea una idea de ciudadanía y de democracia. Por ello, se enfatiza en la necesidad de tener en cuenta para el análisis e interpretación de lo que es el derecho a la salud, tanto el contexto histórico, político y económico en el que emergen las leyes, como también, indagar la ideología que está detrás de los modelos que se proponen o implementan. Se afirma que para comprender el derecho a la salud es necesario comprender el texto y el contexto en el que se inserta. Encontramos distintas normativa de salud tanto en leyes nacionales y provinciales. Las leyes en salud se encuentran insertas en un sistema jurídico y un sistema sanitario que se configuran y reconfiguran mutuamente. El derecho a la salud no puede entenderse por una o varias leyes de manera aislada, sino debe ser interpretado de manera sistémica. En el sistema de salud encontramos distintos tipos de leyes, que podemos clasificar como:

- 1) Leyes que configuran el sistema de salud, como: la regulación de los subsectores -público, privado de la seguridad social-; mecanismos de control sobre medicina privada y obras sociales; regulación de la tecnología en salud y medicamentos; Programa Médico Obligatorio (PMO); cobertura explícita a grupos vulnerabilizados -Profe/Incluir Salud-; prescripción de medicamentos por su nombre genérico, calendario de vacunación gratuito y obligatorio.
- 2) Leyes que implican cambios de paradigmas, sustituyéndolo por otros más garantistas, como el reconocimiento y legitimación de la diversidad -orientación, identidad y expresión sexual; el paradigma de la desmanicomialización; la adopción del Modelo Social de Discapacidad. Los modelos de protección especial que reconocen la autonomía progresiva y el interés superior de niños, niñas y adolescentes. También encontramos leyes que buscan romper la asimetría del saber médico reconociendo los saberes y derechos de los pacientes, su autonomía y autodeterminación en el ejercicio del derecho a la salud (por ej. disponer

directivas anticipadas, rechazar tratamientos, prestar consentimiento informado para actos médicos o de investigación); leyes de protección de personas mayores; Ley de parto humanizado. La ratificación del Convenio 169 de OIT que implica, entre otros aspectos, el reconocimiento de la interculturalidad en salud. Un cambio de paradigma radical, que plasma las luchas feministas en Argentina, en materia de derechos sexuales, reproductivos, y no reproductivos lo constituyen un núcleo legislativo conformado por: la Ley de educación sexual integral (ESI), Ley Micaela y la Ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), junto con la existencia de protocolos para interrupción legal del embarazo (ILE);

- 3) Leyes que abordan problemáticas de salud-enfermedad específicas, de discriminación positiva o afirmativas de derechos, que buscan la cobertura integral, acceso a diagnóstico, a medicamentos y tratamientos, como: Ley de lucha contra el VIH/SIDA, Ley de cuidado integral de enfermedades poco frecuentes, Ley de detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedad celiaquía, Ley de reproducción medicamente asistida; Programas de salud sexual y reproductiva; Ley de lucha contra la hepatitis, entre muchas otras.
- 4) Legislación sectorial (regulación de profesiones de salud; acreditaciones, tecnologías, sistema de información en salud, creación de organismos sanitarios de articulación y control y regulación);
- 5) Legislación de salud en otras leyes de otros sectores y organismos (Ley Nacional de Educación, Ley Nacional de Migraciones, Ley de protección integral de las mujeres, Ley de Presupuesto, Ley de transparencia y rendición de cuentas del Estado, Ley de Protección de Datos personales).

Las leyes que implicaron cambios de paradigmas fueron de manera progresiva permeando otros tipos de fallos judiciales y de prácticas, éstas incorporaron una noción amplia de salud, teniendo en cuenta los DSS. Así, por ejemplo se reconoció el derecho a la vivienda digna como parte fundamental de la salud integral del colectivo trans, haciendo lugar a un amparo habitacional, ordenando la elaboración de políticas de empleo y el acceso a subsidios habitacionales. Se tuvo en cuenta la baja expectativa de vida del colectivo trans, las principales causa de muertes que se vinculan con las enfermedades de transmisión sexual y violencias, y la falta de cobertura

explícita de salud) (Juzgado de Primera Instancia en lo Contencioso Administrativo y Tributario N°2 de la Ciudad, a cargo de Andrés Gallardo)

También a modo de ejemplo, se puede mencionar un fallo trascendente que busca terminar con prácticas sanitarias y judiciales que obstaculizan la interrupción del embarazo en las circunstancias que la ley habilita y convoca a los poderes de todas las jurisdicciones a que se abstengan de judicializar el acceso al aborto legal y exhorta a implementar protocolos en materia de ILE (CSJN: "F.A.L. s/medida autosatisfactiva", 2012). En la actualidad, continúa judicializándose el derecho a la interrupción del embarazo. En Tucumán, se repite la connivencia del sistema sanitario y del poder judicial para impedir abortar a niñas violadas, decidiendo el personal de salud y los operadores jurídicos por sobre y en contra de la voluntad de las personas. Otro, ejemplo de la preeminencia del modelo biomédico lo constituye la permanencia de personas segregadas en asilos psiquiátricos, aun cuando existe suficiente evidencia que el encierro no cura, no responde a cuestiones terapéuticas, sino políticas. En la historia de la salud mental según Galende (2006) se da una sucesión de figuras de autoridad – sacerdote, monarca, legislador, juez, médico- encargadas del cuidado, control social y disciplinamiento del sufrimiento mental.

Para analizar el derecho a la salud es necesario comprenderlo inserto en un Sistema de salud complejo

El Sistema de salud en Argentina es complejo, y se encuentra configurado por el Sistema Jurídico, ambos sistemas se reconfiguran mutuamente. El Sistema de Salud articula tres componentes: la gestión, el financiamiento y la atención y estos componentes van de la mano de la concepción de salud, de los modelos organizativos que se implementen y de los modelos económicos que se promuevan desde el Estado (Echegoyemberry, Castiglia, Yavich & Báscolo, 2017). Según la OMS (2000), los Sistemas de Salud comprenden a todos los recursos que una sociedad dedica a la protección y mejoramiento de la salud de las personas y abarca todas las actividades cuya finalidad principal sea promover, restablecer o atender la salud. En Argentina podemos distinguir, tres subsectores que coexisten: 1) el subsector público, 2) el subsector de la seguridad social y 3) el subsector privado. Estos sectores no están integrados entre sí y repiten esta desintegración y desarticulación hacia el interior de cada subsector y jurisdicción, profundizando inequida-

des. Nos encontramos en presencia de un Sistema de Salud segmentado y fragmentado y con una multiplicidad de fuentes de financiamiento.

El derecho a la salud debe contemplar que el Sistema de Salud argentino se configuró siguiendo los principios de universalidad, gratuidad, solidaridad y progresividad

El principio de universalidad implica que toda persona por el hecho de ser persona cuenta con la titularidad de los Derechos Humanos, que son inalienables, inescindibles de la noción misma de persona y por lo tanto exigible al Estado. Los derechos y garantías consagrados en la CN, se caracterizan por su amplitud y universalidad (alcanzan a todos los habitantes del Estado, sean nacionales o extranjeros). La CN sienta un principio igualitario para nacionales y extranjeros. Esta característica deriva tanto, del preámbulo, como del artículo 14 y 20 de la CN, disposiciones constitucionales provinciales, de la Ley nacional de Migraciones (Ley 25.871), que establece que el Estado deberá asegurar el acceso igualitario a los inmigrantes, en particular lo referido a los servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo, y seguridad social. Además señala que la irregularidad migratoria no afecta los derechos a la salud y educación de las personas.

El derecho a la salud hay que entenderlo en el marco del derecho internacional de Derechos Humanos

Además de la normativa nacional sobre el derecho a la salud es de aplicación el derecho internacional de Derechos Humanos, por remisión expresa de nuestra Constitución Nacional (art. 75 inc. 22). En efecto, la salud como derecho ha sido reconocida en el cuerpo normativo nacional, como internacional. De esta manera, se pueden mencionar algunos de los pactos internacionales que contienen cláusulas específicas que resguardan la vida y la salud y que obligan al Estado nacional a velar por su cumplimiento e impulsar todas las medidas necesarias para preservar el derecho a la salud. La salud en tanto derecho fundamental, permite el ejercicio de otros derechos que se enuncian en la Carta Internacional de derechos. Así, en el art. 12 del Pacto, se señala que "Las personas sin distinción de clase social, étnica, religiosa, étnica, de situación migratoria o sexo-genéricas tienen derecho al más alto nivel posible de salud física y mental" comprendiendo el derecho a la salud, condiciones o factores determinantes como la alimentación, la nutri-

ción, vivienda, acceso agua potable, condiciones sanitarias y laborales seguras y sanas y a un ambiente sano. En la Observación General N° 14 se establece un marco de referencia mínimo en relación al contenido de lo que debemos entender por salud.

Así, implica para los Estados parte garantizar 1) la disponibilidad de suficientes establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y de programas; 2) la accesibilidad física, la no discriminación, la accesibilidad económica (asequibilidad) de los servicios, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos y el acceso a solicitar, recibir y difundir información, además de la confidencialidad con que deben ser tratados los datos en salud; 3) la aceptabilidad, los servicios deberán ser culturalmente adecuados y respetuosos de la ética médica (perspectiva de género, perspectiva de ciclo de vida, perspectiva de interculturalidad); 4) el acceso a servicios de calidad desde el punto de vista científico (ONU, OG,14). Los estándares de Derechos Humanos establecen ciertos mínimos que deben ser garantizados por acciones positivas del Estado, en caso de incumplimiento genera responsabilidad y mecanismos para accionar por su cumplimiento. El Estado está obligado a brindar especial protección a grupos vulnerabilizados. Así, por ejemplo en la Convención N°169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales establece como obligación prioritaria e ineludible de los Estados el mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo, del nivel de salud y educación.

La negación del derecho a la salud habilita la protección judicial nacional y supranacional

La negación del derecho a la salud habilita la protección judicial nacional y supra nacional y permite recurrir en casos de urgencias a medidas cautelares y procedimientos de amparo con la finalidad de hacer efectivo el derecho vulnerado. Pero como señala Ronconi (2012) si bien el derecho a la salud fue reconocido fuertemente por parte de los tribunales, quienes comúnmente no acceden a la justicia no se benefician con el reconocimiento logrado en sede judicial. La vía judicial no suele ser una vía idónea dada las limitaciones estructurales y las barreras en el acceso a la justicia que afecta en la mayoría de los casos, a las mismas personas que se ven privada del derecho a la salud -*personas fragilizadas o excluidas* (Gotlieb, Yavich & Báscolo, 2016). “*La judicialización, hasta el momento, no está promoviendo activamente la equidad,*

el derecho a la salud y el diálogo interinstitucional.” (Gotlieb, Yavich & Báscolo, 2016:11). Se señaló que la desigualdad social y las limitaciones de gestión estructurales no se ven modificadas por la judiciabilidad del derecho a la salud, cuando éstos se enmarcan en reclamos individuales propios del derecho privado, y menciona que esta litigiosidad pueden aún reforzar las desigualdades, antes que suprimirlas o limitarlas (Motta Ferraz, en Bergallo, 2013: 35). Sobre este punto podemos advertir el rol que tiene el poder judicial en la equidad sanitaria y el gran desafío para pensar enfoques preventivos y promocionales. Así, por ejemplo: a la par de reconocer el derecho a tratamientos de reproducción medicamente asistida vía amparo, es necesario pensar qué puede hacer el poder judicial y legislativo, para garantizar que las mujeres no vean afectada su salud reproductiva por la presencia de contaminantes ambientales que afectan los disruptores endócrinos (alteran la función neuroendócrina, el sistema inmunológico y pueden generar cáncer).

El Estado Federal es responsable de hacer efectivo el derecho a la salud

El Estado Federal es responsable de hacer efectivo el derecho a la salud de las personas, aún en caso que las personas cuenten con cobertura explícita de obras sociales provinciales o prepagas. Con esto queremos señalar que aunque el Estado haga cumplir sus obligaciones a otros actores no estatales (por ej. prepagas) es responsable último del cumplimiento de las obligaciones impuestas por el ordenamiento nacional o internacional de Derechos Humanos (Abramovich, 2004). La CSJN consideró al gobierno federal garante del derecho a la salud consagrado en la Constitución y en los Pactos de Derechos Humanos. La CSJN, a partir de la interpretación del artículo 28 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, impuso al Estado federal la obligación de garantizar prestaciones básicas de salud pública cuando habían fallado en proveerlas sectores privados y las propias provincias¹. Estableció que más allá de la distribución de competencias entre el Estado federal y las provincias, le correspondía al Estado nacional una obligación de garante final de los derechos consagrados en los tratados internacionales, en particular con relación al derecho a la salud, y que el Estado nacional no podía excusarse en el incumplimiento de las instancias provinciales, para no cumplir con su propia obligación (Abramovich & Pautassi, 2008; Bergalleo, 2013). La Corte remarcó la importancia del derecho a la preser-

1. CSJN, Fallo Campodónico de Beviacqua AC c/ Ministerio de Salud y Acción social, 24 de octubre de 2000.

vación de la salud y destacó la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de medicina prepaga. El Estado Nacional no puede desatenderse de estas obligaciones so pretexto de la inactividad de otras entidades, públicas o privadas, ya que el debe velar por el cumplimiento de los Derechos Constitucionales que amparan a vida y salud de los niños.²

El derecho a la salud tiene jerarquía superior que los derechos patrimoniales

En numerosos fallos el derecho a la salud es reconocido con mayor jerarquía que otros derechos³, señalando la CSJN que tienen prioridad en caso de colisión de intereses los derechos a la vida, a la salud, a la integridad física y psicológica por sobre derechos patrimoniales. En pronunciamientos judiciales se ha reafirmado también que el derecho a la salud y su preservación se encuentra comprendido dentro del derecho a la vida y ha destacado la obligación impostergable e indelegable que tiene el Estado de garantizar el derecho a la salud con obligaciones positivas -basado en los tratados internacionales- También se ha señalado que el derecho a la vida es el primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la CN. En el país se visibiliza más que nunca la imposibilidad de compatibilizar un modelo de producción económico que no es sustentable (ni en términos ambientales, ni sociales) con la protección debida del derecho a la salud de las comunidades y el derecho a un ambiente sano. Se impone la lógica de un modelo económico extractivista que genera mal desarrollo. El mal desarrollo es *"es la violación de la integridad de sistemas orgánicos interconectados e interdependientes, que pone en movimiento un proceso de explotación, desigual, injusta y violenta"* (Shiva, Vandana, 1995, en Svampa & Viale, 2014:9).

El derecho a la salud debe constituirse teniendo en cuenta la participación social, y contemplar enfoques diferenciales basados en la interculturalidad e interseccionalidad de género

Es fundamental hacer efectivo a la par del derecho a la salud, otros derechos instrumentales como el derecho a la participación social en el ciclo de políticas públicas, el acceso a la información, educación en salud y el acceso

a la justicia de las personas, colectivos y comunidades, promoviendo la incorporación de enfoques diferenciales que tengan en cuenta *la interculturalidad, la interseccionalidad de género y el buen vivir comunitario*. La praxis jurídica y sanitaria se ha construido de manera disociada de la participación de las comunidades y organizaciones de la sociedad civil en la definición de los problemas de salud, el establecimiento de prioridades sanitarias y propuestas para abordar los problemas.

Por ello, es necesario que el sistema jurídico logre desmonopolizar el poder instituido e instituyente de prácticas -sanitarias y jurídicas- y pueda poner en el eje los saberes comunitarios. Las formas de autocuidado y autoatención que realizan las comunidades indígenas suele ser subalternizadas, no consideradas por el MMH. Para ello, se requiere elaborar dispositivos de participación social que permitan eliminar las brechas en el acceso a derechos de las mujeres, comunidades y colectivo LGTBIQ+; destinar recursos presupuestarios para desarrollar políticas públicas con perspectiva de género y diversidad, entre otras. El Estado debe salir de la supuesta posición de neutralidad y contemplar enfoques diferenciales teniendo en cuenta interculturalidad, la interseccionalidad y la perspectiva de géneros. El derecho a la salud debe poder integrar otras formas de cuidado y autocuidado comunitario y establecer abordajes diferenciales según situación étnica, migratoria, de nacionalidad, sexo-genérica, etáreas, entre otras (Echegoyemberry, 2018, 2020). El trabajo intercultural debería centrarse en la autoatención (Menéndez, 2012: 115). Este autor, analiza cómo durante varias décadas se buscó articular el sector salud y la biomedicina con la medicina tradicional de los pueblos indígenas y menciona las causas del fracaso o escaso impacto de esas propuestas o acciones de salud intercultural (Menéndez, 2012). En este sentido, podemos observar cómo una ley que regula el ejercicio profesional de la medicina, o la certificación de centros de salud, pueden dejar sin efecto las prácticas de parteras o curadores en las comunidades indígenas, pues imponen formas y procedimientos propios de la biomedicina para el parto (fármacos, analgesia, pautas higiénicas sanitarias, vacunación, etc.). Los abordajes interculturales hasta el momento, no tuvieron en cuenta: la heterogeneidad hacia el interior de las comunidades, el cambio que se produce en la cosmovisión indígena, la posible complementariedad de abordajes biomédi-

2. CSJN, Fallo: "Monteserin, Marcelino c/ Estado Nacional-Ministerio de Salud y Acción Social - Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas" 16/10/2001

3. CSJN. (Fallo, 255:330); (Fallo, 263.453; 306:1892).

co-tradicional, la penetración cultural y el impacto que tienen las normas oficiales de la biomedicina en relación a los curadores tradicionales (Menéndez, 2012:115).

Así, el sistema jurídico monopoliza el poder instituido e instituyente, porque tiene el poder de nominar, dominar, de regular y sancionar. En este sentido, se autolegitima a sí mismo, es performativo de prácticas sanitarias y jurídicas. La salud pública como campo necesitó para constituirse de la regulación y control social ejercido a través de las leyes sobre los cuerpos y territorios. Foucault (1994:55) menciona que a través de la biopolítica se toma el cuerpo como primer objeto de disciplinamiento.

Los modelos económicos y políticos impactan en el sector salud y restringen o amplían el derecho a la salud y en consecuencia, afectan la ciudadanía sanitaria

Como señalamos al inicio de este artículo, la concepción de salud que sostenga el Estado es funcional a determinados modelos económicos y políticos y tienen implicancias directas en la ampliación o restricción del derecho a la salud y en consecuencia, en relación a la ciudadanía sanitaria. No pretendemos hacer en este apartado un recorrido histórico, pero sí marcar ciertos hitos en la historia sanitaria del país, en los que se expresan las consecuencias de la adopción de ciertos modelos económicos y sanitarios. Así encontramos:

- El modelo de organización sanitaria previo a 1945, denominado como *higienismo*, se caracterizó por una intervención mínima por parte del Estado, éste debía cuidar la higiene urbana, prevenir epidemias, vacunación, vigilar sanidad de las fronteras, y actuar en emergencias, no existían una planificación sistemática (Arce, 2010: 60). La salud era considerada un problema de la esfera individual y por lo tanto responsabilidad de la persona. Los hospitales públicos eran administrados por sociedades de beneficencia.

- Un modelo de salud como responsabilidad estatal. La organización sanitaria durante la década peronista (1945-1955) se caracterizó por una fuerte presencia del Estado, tanto en la administración como en la planificación (se elaboraron el primer y segundo Plan quinquenal y Planes analíticos de salud pública) y prestación de servicios sanitarios (Arce, 2010). El modelo social se plasmó tempranamente en Argentina a partir las políticas públicas que implementó el

Dr. Ramón Carrillo. Así, desarrolla tempranamente a partir de entender la salud como problemática social compleja, un modelo de salud pública, preventiva y comunitaria. En este modelo la salud es entendida como una responsabilidad ineludible del Estado, y por lo tanto, la política sanitaria debe estar respaldada en una política social y la política social apoyada en una economía organizada en beneficio de la mayoría (Carrillo, 1951). En este sentido, la definición de salud, se amplía e incluye otros aspectos como el acceso a trabajo digno, mejoras en las condiciones de saneamiento básico (agua cloacas), acceso a vivienda, cobertura de seguridad social, alimentación, acceso a educación y también acceso a servicios de salud y políticas promocionales y preventivas. En esta perspectiva el foco de la política sanitaria lo constituye básicamente la medicina social y la medicina preventiva, actuar antes que la enfermedad y no sólo sobre el cuerpo de las personas sino sobre las condiciones materiales de vida y de trabajo, son las desigualdades sociales las que aparejan desigualdades en la forma de vivir, enfermar y morir de personas, colectivos y comunidades. El Dr. Carrillo consideró necesario incorporar el derecho a la salud como bien social tutelado, la salud era un derecho pero también un deber, pudiendo ejercer el poder de policía sanitaria según el bienestar prioritario de la comunidad (Arce, 2010:35).

- Un modelo de ampliación de la ciudadanía sanitaria. El modelo social se expresó con distinta intensidad, tanto en el Gobierno de Raúl Ricardo Alfonsín (Presidencia 1983-1989), como en el de Néstor Kirchner (Presidencia 25/05/03 al 10/12/07) y el Gobierno de Cristina Fernández (10/12/07 al 10/12/11 y segunda presidencia 10/12/11 hasta el 10/12/15). En estos períodos se produjeron una serie de cambios sustanciales en la legislación sanitaria que re-configurarían el sector salud a partir de una noción amplia de salud. Así, se dicta el Plan Federal de Salud (2004-2007), por medio de éste, se diseña un nuevo modelo sanitario que buscó actuar sobre los principales problemas detectados. Implementa un modelo prestacional basado en la atención primaria de la salud (APS), regula la tecnología en salud y logra recuperar la rectoría del Ministerio de Salud, busca fomentar la participación social y construye amplios consensos para el armado del proyecto de salud. Establece que la política nacional de medicamentos (PNM) es responsabilidad del Estado Nacional, regula el mercado de medicamentos y provee medicación para pobla-

ción vulnerabilizada. A la vez que se dicta una serie de normativas que implican cambios sustanciales tanto en la configuración del sistema de salud y en los paradigmas vigentes.

Medidas neoliberales aplicadas al sector salud. Una visión antagónica al modelo social la encontramos en las dictaduras cívicas militares y en la década de los 90, durante la presidencia del Dr. Carlos S. Menem (1989-1995 - 1995-1999), donde cambia la noción de salud, se dejan de lado los principios de universalidad, progresividad y gratuidad, se restringe y mercantiliza el derecho a la salud. Esto implicó: la descentralización, la focalización, el arancelamiento, la implementación de un modelo de autogestión hospitalaria, impactando de manera negativa en la salud de la población y ampliando la brecha de desigualdades (Comes, 2008). Abramovich y Pautassi (2008) señalan que este proceso implicó la aplicación de criterios fiscalistas al sector salud, y la consiguiente idea de reducción de costo en desmedro de la atención, la reducción del gasto público, y la recuperación de costos mediante el sistema de co-pagos, o cuotas, la separación de funciones de regulación, provisión y financiamiento del sector. Este proceso vemos que se "re-edita" durante el gobierno del Presidente Mauricio Macri (2016-2019), donde por Decreto de Necesidad y urgencia N° 801 (DNU) elimina el Ministerio de Salud -órgano rector de la política de salud federal-, para pasar a integrarse como Secretaría de Estado al Ministerio de Desarrollo Social (MDS), se suprime el programa Remediar, el Progra-

ma Médicos comunitarios y se reduce el presupuesto destinado al Programa Incluir Salud, restringiendo el acceso a cobertura explícita de salud provista por el Estado, también se restringen partidas presupuestarias fundamentales para abordar las problemáticas de salud (se reduce el 56% destinado a prevenir enfermedades endémicas, el 20% destinado a hospitales nacionales), se sub-ejecutan la mayoría de las partidas (CELS; 2019). En este contexto de reformas al sector salud se asiste a un retroceso y restricción de la ciudadanía sanitaria. Por lo que la reconfiguración del sistema de salud -durante el Gobierno de Mauricio Macri- profundiza las desigualdades sociales (CELS; 2019:1).

A modo de conclusión

Consideramos necesario construir puentes entre el campo jurídico y el campo sanitario a partir de una noción amplia de salud y de derecho a la salud, incluyendo la perspectiva de Derechos Humanos, *interculturalidad e interseccionalidad de género*, en caso contrario corremos el riesgo de caer en una visión atomizada, fragmentada, individualista de la salud que condiciona y se expresa en prácticas judiciales, legislativas y sanitarias restrictivas de derechos de las personas, colectivos y comunidades. El debate por la salud debe incluir necesariamente la problematización del modelo de producción económico a partir de la soberanía económica y política, para construir una verdadera justicia sanitaria y ambiental.

Bibliografía

- Abramovich, V y Pautassi, L. (2008). El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. En *Salud Colectiva*, 2008; 4:261-82.
- Arce, H (2010). *El Sistema de Salud; de dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Editorial Prometeo, ps.99.
- Bergallo, P. (2013). Argentina: los tribunales y el derecho a la salud. ¿Se logra justicia a pesar de la “rutinización” de los reclamos individuales de cobertura?” In: Yamin AE, Gloppen S, editores. *La lucha por los derechos de la salud ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?* Buenos Aires: Siglo XXI; 2013. ps. 59-95.
- Carrillo, R. (2012). *Teoría del Hospital*. Ministerio de salud. Presidencia de la Nación. Ediciones Biblioteca Nacional. Buenos Aires.
- Centro de estudios Legales y Sociales. CELS (2019). Informe disponible: <https://www.cels.org.ar/informe2019/desigualdad.html>
- Comes, Y. (2008). El sector salud en Argentina: historia, configuración y situación actual”. Universidad de Palermo. Ficha de cátedra, versión electrónica.
- Contandriopoulos, A P (1997). *La santé entre les sciences sociales et les sciences de la vie*”. Presentación inaugural dirigida a la Société Royale du Canada. Présentations 50: 70-90, 1997. Véase: CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. “La salud entre la ciencias de la vida y las ciencias sociales”. Cuadernos Médicos Sociales, cuadernos médico sociales 77: 19-33, 2000.
- Coucerio, A. (2006). Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2006, vol.29, suppl.3, pp.61-74. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627
- Daniels, N (1985). *Just Health Care*, Cambridge University Press, p. ix., Cambridge.
- De la Sierra, C. (2007). Un panorama sobre la discusión actual en justicia sanitaria. *Revista ACTIO* n° 9 noviembre de 2007.
- Delgado Sumar (1984). Serie: apuntes de Medicina Tradicional N 10 a. Ayacucho, agosto 1984.
- Echegoyemberry, M N. (2020). Biopolítica de la precarización. Disponible: <http://capacitasalud.com/biopolitica-de-la-precarizacion-vivir-enfermar-y-morir-en-el-sur-de-buenos-aires/>.(2020).
- Echegoyemberry, MN (2017). Ciudadanía Ambiental: De la declaración formal a la implementación de los Derechos Humanos: Acceso a información ambiental, participación social y educación ambiental”. *Revista Debate Público*. Edición N° 13. Disponible en: *Ciudadanía Ambiental - Carrera de Trabajo Social*.
- Echegoyemberry, MN (2018). Intervenciones socio-ambientales, prácticas de cuidado y construcción de ciudadanía desde una perspectiva de Género y de Derechos Humanos. Presentado en *Espacio I+D Innovación más Desarrollo*. VII. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.31644/IMASD.7.2018.a01>
- Echegoyemberry, MN; Castiglia, G; Yavich, N y Báscolo, E (2017). “Desafíos de la implementación de la atención primaria de la salud desde el enfoque de derechos humanos”. *Espacio I+D Innovación más Desarrollo*, vol. VI, núm. 15. Universidad Autónoma de Chiapas, Chiapas, México, pág. 8-30, 2017.
- Etala, C, (2002). *Derecho de la Seguridad Social*”, Buenos Aires, Editorial Astrea.
- Foucault, M. (1994). *Historia política de la verdad*. (J. Álvarez, Ed.). Buenos Aires, Argentina: Biblioteca Nueva
- Gavidia, V; Talavera, M (2012). La construcción del concepto de salud. Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales, Universidad de Valencia (España).
- Galende, E.y Kraut, A (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Editorial Lugar, Buenos Aires.
- Gómez Sánchez, I. (2000). La política social en la agenda latinoamericana: algunas perspectiva para América latina”. *Espacio Abierto*, vol 9, n 3. Maracaibo.
- González García, G. y Tobar, F (2004). *Salud para los argentinos. Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*, ISALUD, Ediciones Gránica SA, Buenos aires, 2004.
- Gotlieb, V, Yavich, N y Báscolo, E. (2016). Litigio judicial y el derecho a la salud en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2016, v. 32, n. 1
- Granda, E. (2000) ¿A qué cosa llamamos salud colectiva, hoy?. Ponencia presentada en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva (Brasilia), 2003.
- Granda, E. (2003). Formación de salubristas: Algunas reflexiones. En *La salud colectiva a las puertas del siglo XXI* (Medellín: Universidad Nacional de Colombia/Universidad de Antioquia).

- Hernández, A. (2010). Reflexiones Constitucionales sobre el derecho a la salud". Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba.
- Iriart, C, Merhy, E y Waitzkin, H. (2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma". Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.16 (1):95-105.
- Laurell, AC (1995) La Salud: De derecho social a mercancía". In: Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud (A. C. Laurell, coord.), pp. 9-31, México: Universidad, 1995.
- Menéndez E. (1990). Informe: Sistemas Locales de Salud. Aproximación Teórico-metodológica. Reunión de Evaluación del Proceso de implementación de los SILOS, Organización Panamericana de la Salud, Realizada en Sao Paulo el 30 de junio de 1990.
- Menéndez, E (2005). EL Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores Salud Colectiva", vol. 1, núm. 1, enero-abril, pp. 9-32 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina, 2005.
- Menéndez E. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. Ciénc. saúde coletiva, vol.21, n.1, pp.109-118. México 2016. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63043595013.pdf>
- Míchalewics, A; Pierri, C, Ardila Gómez, S (2014).Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado. Elementos para su conceptualización". Facultad de Psicología. UBA. Secretaria de Investigación. Anuario de Investigación. 2014, Volumen XXI.p. 217-224.
- Moreno Altamirano, L (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. Salud Pública de México, 49(1), 63-70.
- Moyano, G, Escudero, J (2011). La salud en Argentina ¿en manos de quién?. Derecho a la salud. Situación de países de América Latina". ALAMES. 14-33, 2011.
- ONU.Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Punto 47 Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22° período de sesiones; 2000]. Available from: <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/> Disponible: <https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12>
- OPS. CEPAL. PNUD (2011a).Aportes para el desarrollo humano. Argentina (2011). El sistema de salud argentino y su trayectoria a largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=860&Itemid=1
- Ronconi, L. (2012). Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. Salud colectiva, ISSN 1669-2381, Vol. 8, N°. 2, 2012: 131-149.
- Salleras, San Martín, L, Gómez, y Varena (1981). Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Salvat, Editores.
- Shiva, V. (1995) en Svampa, y Viale, E. (2014). Mal desarrollo.La Argentina del extractivismo y el despojo". Katz Editores. Primera edición: agosto de 2014: 425.
- Sperry, L, Mansager, E. (2004). Holism in psychotherapy and spiritual direction: A course correction. Counseling and Values, 48(2), 149-160.
- Tobar, F (2012).Tobar, Federico."Política de salud: Conceptos y herramientas" En: GARAY, O (Coordinador). "Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal". Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012

Artículos seleccionados

Desigualdades históricas y actuales del sistema de salud argentino: Límites y desafíos para la construcción de un sistema integrado de salud.

Luzuriaga María José^a, Zunino Marina Gabriela^b, Iusef Venturini Nasim^c y Gaiano Alejandra^d

Fecha de recepción: 22 de marzo de 2021
Fecha de aceptación: 31 de mayo de 2021
Correspondencia a: María José Luzuriaga
Correo electrónico: mariajoseluzuriaga@gmail.com

- a. Doctorado en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Río de Janeiro. Universidad Nacional de Lanús. Integrante de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud.
- b. Doctorado en Salud Pública por la Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Brasil. Universidad Nacional de Lanús y Universidad Nacional de Avellaneda. Integrante de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud.
- c. Maestrando en Epidemiología, gestión y políticas de salud de la Universidad Nacional. Universitario de Farmacología de la Universidad Nacional de La Plata. Integrante de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud y de la Red pública Argentina de Evaluación de Tecnologías de Salud (RedArets).
- d. Médica especialista en Infectología Pediátrica por la Universidad de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación. Integrante de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud

Resumen:

Tanto las políticas de salud como la configuración de un sistema de salud expresan las formas predominantes bajo las cuales la sociedad responde a los riesgos de enfermar. En nuestro sistema de salud conviven tres modelos que expresan proyectos políticos y disputas entre los principales actores del sector. La convivencia de estos modelos no se ha direccionado hacia una coordinación y articulación que redunde en mejoras de los indicadores de salud de la población, en la igualación de acceso al sistema o en una mayor solidaridad intra o intersubsectorial. Por el contrario nuestro sistema de salud se caracteriza por la fragmentación, la desigualdad y las asimetrías. En este trabajo hemos realizado una breve caracterización de cada uno de los subsectores que conforman nuestro sistema de salud y las características de los modelos sobre los que se ha inspirado: el modelo Beveridge, el Bismark y el modelo de los seguros privados de salud. Luego comentamos las principales tensiones y consecuencias que ha producido la falta de integración de los subsectores, y por último, planteamos los principales desafíos que consideramos serán fundamentales para avanzar hacia un sistema nacional de salud integrado. Destacamos la necesidad de un debate social con una participación activa tanto de los actores involucrados en el sistema como de la sociedad en su conjunto.

Palabras clave: Sistemas de salud - Integralidad - Políticas públicas.

Summary

Both health policies and the configuration of a health system express the predominant ways in which societies respond to the risks of illness. In our health system there are three models that express the political projects of and the disputes between the main actors of the sector. The coexistence of these models has not been oriented towards a coordination and an articulation that results in improvements over the population's health indicators, in a more equitable access to the system or in a greater solidarity intra or inter-subsectors. On the contrary, our health system is characterized by fragmentation, inequality and asymmetries. In this text we have made a brief characterization of each of the subsectors of our health system and the models on which it has been inspired: the Beveridge model, the Bismark model and the private health insurance model. Then we describe the main tensions and consequences that the lack of integration has produced, and finally, we propose the main challenges that we consider will be fundamental to move towards an integrated national health system. We emphasize the need for a social debate with an active participation of the actors involved in the system as well as the society as a whole.

Key words: Health systems, Integrality, Public politics.

Necesitamos luchar por derechos sociales universales. Ser pobre no es destino. La desigualdad debe ser combatida y reducida. Las grandes conquistas de la mejora social en nuestros países están relacionadas con políticas universales que se atrevieron a cuestionar patrones conservadores, injustos y discriminatorios de sociabilidad.
(Bahia, 2018).

Introducción

El desafío por alcanzar un sistema integrado no es novedoso en la historia de las políticas de salud de nuestro país. Existen dos experiencias paradigmáticas que han evidenciado los intereses y las dificultades de avanzar en esa dirección: el proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), presentado en 1973 durante el gobierno de Perón por el secretario de salud Domingo Liotta, y el Seguro Nacional de Salud, presentado en 1984 propuesto durante el gobierno de Alfonsín e impulsado por su entonces ministro de salud Aldo Neri. Ambos proyectos encontraron fuertes resistencias por parte de las corporaciones del sector que impidieron y bloquearon cualquier avance en ese sentido.

La construcción de cualquier propuesta de reconfiguración de un sistema de salud no puede desconocer las trayectorias institucionales, la multiplicidad de organizaciones e intereses en juego ni cómo éstos últimos condicionan la direccionalidad y el desarrollo de los cambios propuestos.

Es importante participar y acompañar el debate que se produce en los diferentes ámbitos de la sociedad, ya que la participación activa y el apoyo de la sociedad son fundamentales tanto para el diseño como para la implementación efectiva de las políticas que se consideren más apropiadas para dar respuesta a las necesidades actuales.

El propósito de integrar un sistema de salud es lograr una sociedad más justa e igualitaria; no hay buena salud individual si no se vive en una sociedad atenta y preocupada por responder a las necesidades de su población. Para alcanzar esta meta se necesita lograr, entre otros aspectos, el acceso universal al sistema; esto implica el acceso al cuidado en salud de toda persona que lo requiera. Se necesita también alcanzar la equidad; es decir que el cuidado que reciba cada habitante sea el adecuado a su necesidad o problema.

En este texto caracterizamos brevemente cada uno de los denominados subsectores que conforman nuestro sistema de salud y las características de los modelos sobre los que se ha inspirado: el modelo Beveridge, el Bismarck y el modelo de los seguros privados de salud. Luego comentamos las principales tensiones y consecuencias que ha producido la falta de integración de los subsectores y, por último, planteamos los principales desafíos que consideramos fundamentales para avanzar hacia un sistema nacional de salud integrado.

Los modelos que coexisten en el sistema de salud argentino

En nuestro país el sistema sanitario se conformó en base a los tres grandes modelos de organización de la atención de la salud en los que se han estructurado los sistemas de salud del mundo: el modelo Beveridge, el modelo Bismarck y el modelo basado en el seguro privado de salud (este último es una referencia residual respecto a los otros). A semejanza de esos modelos, el sistema de salud argentino está compuesto por tres subsectores (Seguridad Social/Obras Sociales, Privado y Público) que interactúan de forma poco articulada a nivel intra e interjurisdiccional.

La fragmentación y la complejidad de nuestro sistema de salud es producto de la convivencia de estos tres subsistemas. Esta convivencia de subsistemas desarticulados no solo falla en alcanzar una cobertura y extensión de las prestaciones médico-asistenciales adecuadas, sino que genera grandes inequidades en salud.

El subsistema de seguridad social

El subsistema de seguridad social otorga cobertura en salud al 60% de la población (26 millones de personas) y concentra el 3,9% del PIB de los recursos en salud sobre un total de 9,08% del PIB en salud (Cetrángolo y Goldschmit 2018). Este sistema se fundamenta teóricamente en el modelo de Bismarck. El modelo Bismarck o “sistema de seguridad social” nace en 1883 en Alemania, está presente también en otros países de Europa y en nuestra región. Se estructura a partir del mercado formal de trabajo y por lo tanto refleja las características del mismo: a mayores desigualdades en el mercado de trabajo, mayores desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Desigualdades que se profundizan en países con una presencia importante de trabajadores

en el sector informal, excluidos del mercado formal de trabajo. En el marco de este modelo se busca financiar con los impuestos generales las primas de los seguros de sectores en condiciones de vulnerabilidad y excluidos del mercado formal de trabajo. Una debilidad que se destaca de este modelo es que es sensible a las fluctuaciones del mercado de trabajo. Se financia con aportes obligatorios tanto de los empleadores como de los trabajadores. Existen pagos complementarios, entre ellos el hospitalario y el farmacéutico (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013).

La seguridad social en nuestro país se configura bajo la forma de obras sociales. Este subsector se subdivide en las obras sociales nacionales (regidas por las leyes 23.660 y 23.661), las obras sociales provinciales y las obras sociales de instituciones de alcance nacional como las fuerzas armadas y las universidades. Este subsector incluye también al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-PAMI) que, con un sistema de prestación particular, conforma la obra social más grande del país; otorga cobertura en salud a 5 millones de afiliados y afiliadas (PAMI, 2021). Todas las obras sociales se financian principalmente con los aportes y contribuciones que realizan trabajadoras/es y empleadoras/es. Cada trabajador/a puede elegir la obra social a la cual destinar sus aportes y recibir cobertura o derivar los aportes de su obra social hacia una EMP para ampliar la cobertura o acceder a un tipo de prestación diferenciada. Un/a trabajador/a también puede afiliarse de forma voluntaria a una EMP. El Estado también participa en el financiamiento de las obras sociales a través del Fondo Solidario de Redistribución. El Fondo Solidario de Redistribución es creado por la Ley 18.610/70 que institucionaliza el sistema de Obras Sociales como un mecanismo que busca subsidiar a aquellas obras sociales con dificultades para ofrecer las prestaciones mínimas obligatorias -definidas desde 1996 a partir del Programa Médico Obligatorio- y compensar las desigualdades en el sistema.

En particular, las obras sociales nacionales tienen la obligación de garantizar la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO), que consiste en un conjunto de prestaciones que incluye, entre otros servicios: cobertura de asistencia médica, tratamientos farmacológicos agudos y crónicos y cobertura ante situaciones de discapacidad. Si bien esto es fundamental para garantizar servicios y prestaciones "básicas", en los hechos los afiliados suelen encontrarse con dificultades que muchas veces no pueden solucionar porque desconocen la

existencia del PMO o de la SSS como organismo de regulación, ni la posibilidad de reclamar por vía judicial; hecho no poco frecuente dada la falta de respuestas tanto por parte de los prestadores como del organismo de regulación.

Las obras sociales provinciales e institucionales del subsector de seguridad social tienen sus propios mecanismos de cobertura y diferentes modelos de atención. Cada una desarrolla su programa análogo al Programa Médico Obligatorio y no están reguladas por la SSS sino que están reguladas por los poderes judiciales de los niveles administrativos del que depende cada obra social. Las obras sociales provinciales son reguladas por la justicia provincial y el ministerio de salud provincial. En el caso particular del INSSJyP-PAMI -la obra social institucional más importante del país- está regida por la ley N°19.032 y es auditado por la Auditoría General de la Nación.

El subsector privado

El subsector privado cubre alrededor de 6 millones de personas (13,6% de la población), incluyendo a trabajadoras/es que optan por destinar sus aportes a las EMP o cuentan con doble cobertura (INDEC, 2010). Cabe aclarar que el sector privado de salud de nuestro país se conforma también por otras organizaciones además de las EMP, entre las que podemos mencionar a las empresas de comercialización de insumos médicos, laboratorios, institutos de diagnóstico y clínicas privadas no pertenecientes a las EMP. La regulación de las EMP se realiza a través de la SSS. Los principales aspectos regulados se refieren a las coberturas mínimas que deben ser ofrecidas por las empresas, al control de aumentos de cuotas, a la cobertura de las enfermedades preexistentes, a los períodos de carencia en las prestaciones, y al desarrollo y monitoreo de los sistemas de registros y de información.

Este subsector responde a características que se encuentran en los seguros privados de salud. Los mismos se definen a partir de la cobertura de un conjunto de servicios establecidos en un contrato y financiados a través del pago de cuotas a una entidad aseguradora determinada, que debe responder ante la ocurrencia de determinados riesgos especificados en el contrato.

El seguro privado de salud (también denominado "seguro voluntario privado de salud") se puede utilizar de

diferentes maneras, según el grado en que un país elija depender de un seguro privado para financiar la atención médica. Puede ser el medio principal para financiar la atención médica, una alternativa a un programa público/sistema público de salud o un mecanismo para que las personas financien lo que no está cubierto por un programa público/sistema público. (...). Estados Unidos es el único país de la OCDE donde el seguro de salud voluntario representa el principal sistema de financiamiento y cobertura de salud para la mayoría de la población (Word Bank, 2012). En cuanto a los límites de los seguros privados de salud para responder de forma adecuada a los problemas de salud de la población, Pollock destaca que “No existe país en el mundo que proporcione atención de salud universal a través del mercado y que genere beneficios. Ello porque los mercados operan a través de la selección y la exclusión, transfiriendo riesgos y costos a los usuarios de los servicios y negando la atención a quienes más lo necesitan” (2016, p. 7). A su vez la autora resalta que los mecanismos predominantes utilizados por las empresas que comercializan seguros privados, como la selección de riesgos, el sobretratamiento y la negación de atención han contribuido al creciente gasto en salud en Estados Unidos y han socavado el objetivo de acceso universal. Por su parte, Bahía -una referente en el estudio de las relaciones público/privadas en los sistemas de salud- destaca la influencia de la teoría del seguro en el desarrollo de las empresas de planes y seguros de salud. En este sentido recupera la definición de una de las primeras empresas dedicadas a esta rama de actividad, la empresa MAPFRE: “Para que un riesgo sea asegurable es necesario que sea cuantificable, mensurable y absolutamente accidental” (1999, p.91). En esta definición se observa la dificultad de adaptar esta “tecnología” a la salud y, en ese sentido, la autora advierte que: “El seguro de salud representa una adaptación del proceso de selección de riesgos indemnizables financieramente, en la medida que no es posible objetivar la salud y por lo tanto resarcirla (1999, p. 91). En la misma línea sostiene que las empresas que comercializan planes y seguros de salud no buscan garantizar la salud sino que son promotoras de acceso a servicios de salud y/o pagadoras de gastos médico-hospitalarios (1999).

El subsector público

El subsector público, conformado por los efectores públicos y organizado en sus tres niveles jurisdiccionales, es el garante de la salud de las y los habitantes de Argen-

entina. Si bien toda la población tiene derecho a atenderse en este subsector, solo alrededor de 15 millones de personas recurren a este ya que no cuentan con cobertura de la seguridad social. El acceso a este sistema es de carácter universal los recursos destinados al mismo no contemplan la atención efectiva a toda la población.

El subsector público contiene aspectos del modelo Beveridge. El sistema nacional de salud inglés (National Health Service, NHS) es el referente de este modelo y el primer sistema unificado de la seguridad social. El Reino Unido puso en marcha el NHS en 1948. Se basa en los fundamentos de universalidad, solidaridad e igualdad, es decir en el principio redistributivo que posibilita el acceso universal. Este sistema se considera más eficiente que otros modelos y tiene costos bajos a la vez que garantiza la atención en salud a todas/os las/los ciudadanos y da respuesta a las patologías de alto costo sin negar la atención a ninguna persona.

El acceso a la atención universal de salud requiere fuertes sistemas de administración pública, los cuales deben adherirse a principios comunes: financiamiento justo, asignación equitativa de recursos, riesgos compartidos y solidaridad social en la provisión de servicios a través de unidades geográficas de administración, y rendición de cuentas públicas mediante fuertes sistemas de información y de vigilancia (Pollock, 2016, p.8).

En síntesis, una de las fortalezas de este modelo es la fácil administración del sistema y la universalidad que posibilita la cohesión social así como la efectividad en la atención sanitaria al disminuir las barreras en la accesibilidad (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013).

Tensiones y consecuencias generadas por la desintegración del sistema de salud

Un resultado manifiesto de la falta de integralidad del sistema es sin duda el carácter fragmentado, desigual y concentrado. La falta de integralidad del sistema obedece principalmente a su alta fragmentación, lo que resulta en una cobertura y atención desiguales. Estas características pueden manifestarse en varias de las formas en las que funciona nuestro sistema de salud y en la convivencia poco virtuosa de los denominados tres subsistemas que mencionamos. A su vez, es fundamental para entender el sistema identificar los modelos de atención,

gestión y financiamiento que existen al interior de cada subsector y en los que se reproducen las características del sistema de salud general (Lieutier, 2019).

Una forma en la que se expresa el carácter fragmentado y desigual de esta convivencia se puede ejemplificar en la superposición de coberturas de salud. Dada la naturaleza de las cargas sociales, una o un misma/o ciudadana/o puede ser usuaria/o de los tres subsectores: en su trabajo en relación de dependencia accede a la obra social que se le asigna o, si es trabajadora/or independiente, se le da la opción entre varias obras sociales. Aun contando con una obra social, muchas/os ciudadanas/os pueden contratar una prepaga en forma directa o derivando los aportes de su obra social y a la vez acudir al sistema público.

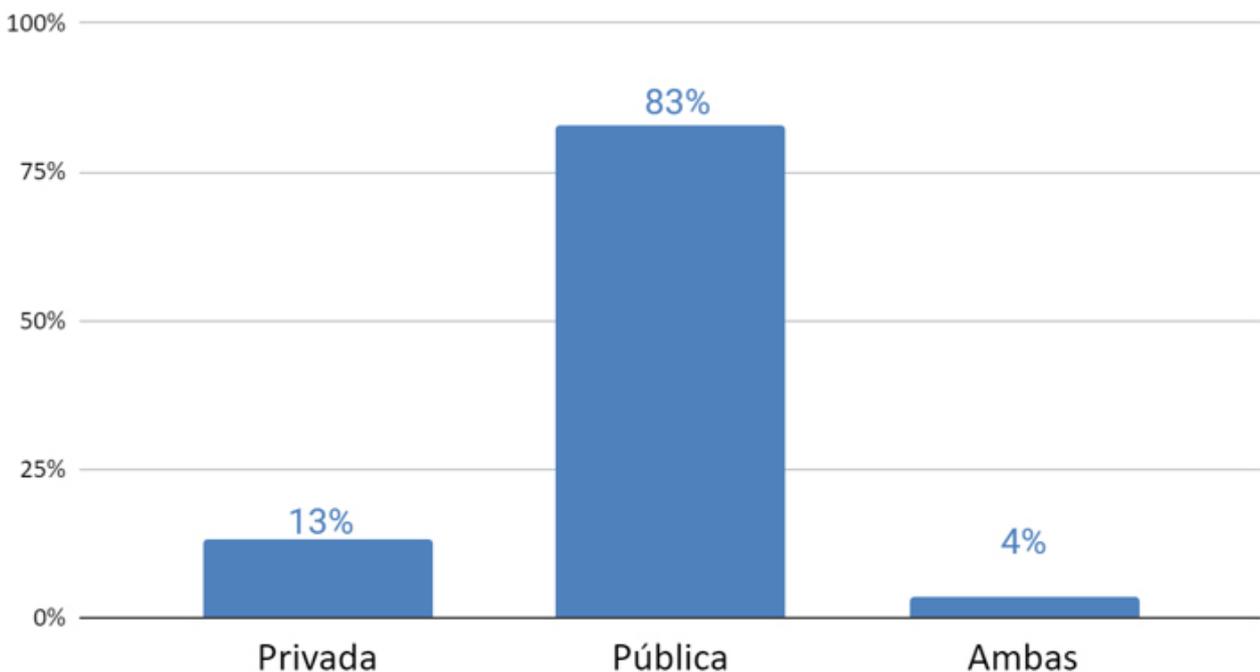
Una consecuencia a destacar de esta superposición de coberturas es que existe una transferencia importante de recursos del subsector público a los subsectores privado y de obras sociales, ya que la necesidad de atención médica es garantizada por el Estado y no es retribuida por los prestadores de salud que tienen a cargo dicha población. Esta dinámica que se establece de forma recurrente en el sistema de salud puede entenderse como un subsidio oculto y poco transparente del subsector pública hacia los otros subsectores.

El caso de los accidentes de tránsito es el más paradigmático en este sentido ya que muestra las limitaciones

en la organización de nuestro sistema. Cualquier damnificada/o es derivado en primera instancia a un efector público y permanecerá allí siempre que no pueda ser trasladado; ya que, como es sabido, cualquier persona que solicite atención será atendida en el subsector público, aunque cuente con cobertura de obra social y/o de una prepaga. La ineficiencia de nuestro sistema se denota también dado que pocas veces el subsector público recibe la retribución de los gastos que realizó en la atención de las personas accidentadas.

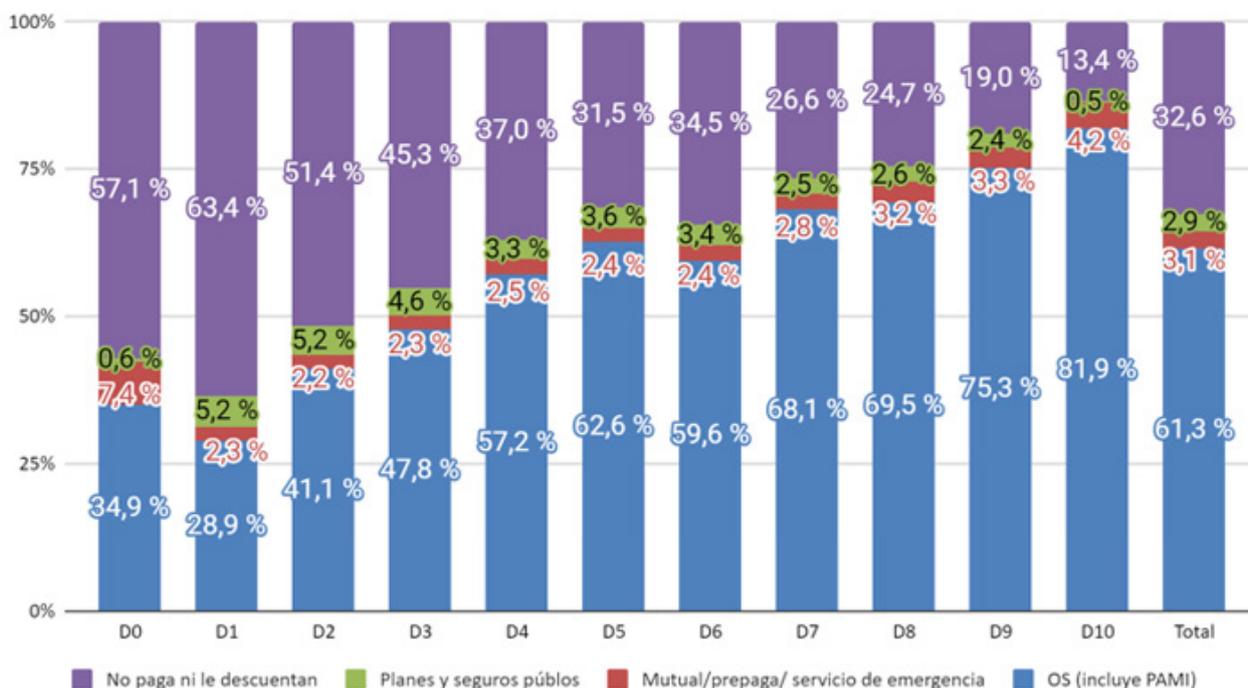
Un estudio del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación en 2019 (Núñez et al., 2018) señala que el 83% de los casos ocurridos en accidentes en el año 2016 fueron atendidos por efectores del sector público (Gráfico n° 1). Cabe resaltar que los gastos en la atención de accidentes son significativos, sobre todo en los casos de politraumatismos, ya que la necesidad de utilización de recursos sanitarios se destina íntegramente a salvar la vida de la persona accidentada. Dichos gastos son cubiertos en la gran mayoría de los casos por el subsector público sin que el efector que cuidó a la/ el accidentada/o reciba la retribución correspondiente por dicho acto médico. Es decir que las obras sociales y las prepagas difícilmente reintegran los costos realizados por los efectores públicos en la atención de sus afiliados. Si bien existen mecanismos para que los reintegros sean efectivizados, en la práctica persisten trabas para que estos mecanismos funcionen.

Gráfico N° 1 – Asistencia médica recibida en el lugar del accidente



Fuente: Extraído del Programa de estudios sobre Siniestros Viales. MJyDDHH. 2019

Gráfico N° 2 – Tipo de cobertura en salud según deciles de ingreso total familiar – EPH 2do Trim. 2020



Nota: D0: "decil 0"; D1: "decil 1", ...

Fuente: Elaboración propia en base a EPH segundo trimestre 2020. INDEC

Otra forma en que puede verse cómo se expresa la desigualdad del sistema es a partir del estudio del tipo de cobertura según decil de ingreso. Para entender este análisis cabe aclarar que la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) analiza varias categorías que dan cuenta de la desigualdad, entre ellas: si la persona encuestada no paga o no le descuentan por el acceso a la salud; si cuenta con planes o seguros públicos; si abona una mutual, prepaga o servicios de emergencia; o si es beneficiaria de la cobertura por el sector de la seguridad social. De esta manera se diferencian los conjuntos poblacionales que acceden a cada uno de los subsistemas de prestación asistencial de salud.

A partir de los datos de la EPH para el segundo trimestre del año 2020 se observa que, como es de esperar, existe una relación inversa entre el ingreso y el subsector de dependencia para la cobertura en salud: a medida que aumenta el ingreso, disminuye la dependencia en la atención exclusiva del subsector público así como en la atención derivada de los planes o seguros públicos de salud (Gráfico n°2). Se observa también en este gráfico que en los tres deciles más altos se encuentra la mayor participación en mutuales, prepagas o servicios de emergencia.

Para complementar este análisis de la EPH, se recurrió a la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS) realizada en 2015 por el Ministerio

de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. A partir de los datos de la ENAPROSS puede inferirse que la relación inversa entre el ingreso y el tipo de cobertura se sostiene al menos desde el 2015 (Tabla n°1). Además, en la Tabla n°1 se observa la desagregación de cobertura por nivel de ingreso entre las obras sociales y el PAMI (Manoukian y Venturini, 2021). Es de destacar que la dinámica de la cobertura por obra social y seguros privados tiene un comportamiento similar. (ver tabla n° 1)

Por otra parte, el acceso a la salud muchas veces se ve mediado por la capacidad de los efectores de responder a la demanda de la salud de las poblaciones. En este sentido, tanto el subsector de la seguridad social como el privado tienen estrategias para desalentar la atención de sus afiliadas/os, a fin de evitar la superación de su capacidad de respuesta. El problema de esta estrategia es que no se ofrece en paralelo una alternativa de atención/cuidado para las y los afiliadas/os, lo que en definitiva resulta en la limitación o negación de la atención, muchas veces generando un deterioro en la salud cuando la atención no se hace oportuna.

A este contexto de fragmentación y desarticulación se suma la situación del subsector público que durante años ha sido ajustado y desatendido por la propia sociedad y por el Estado. Debido a ello, su capacidad para dar

Tabla n° 1 - Población por tipo de cobertura de salud según quintiles de ingreso per cápita familiar, Argentina, 2015

Quintiles de IPCF	Total	Tipo de cobertura de salud				
		Hospital Público y CAPs	Obra social	PAMI	Seguros privados (prepagas)	ProFe-Incluir Salud
1° quintil	100	67,8	29,6	2,9	0,8	1,7
2° quintil	100	42,7	45,8	7,3	1,6	2,6
3° quintil	100	29,1	54,6	12,5	1,8	2
4° quintil	100	16,2	65,9	13,9	2,4	1,5
5° quintil	100	9,9	73,5	11,8	4,2	0,5
Total	100	38,5	49,1	8,7	1,9	1,8

Fuente: "Sistemas de Salud, el modelo argentino y el caso neuquino" Manoukian y IusefVenturini, 2021

respuesta a las personas que no cuentan con cobertura de salud así como aquellas que aun contando con cobertura de la seguridad social o de prepaga se atienden en él, está sumamente limitada. Y, como señalamos más arriba, sin que se efectúen los reintegros que corresponden por parte de los agentes del seguro social y/o las prepagas a las instituciones que atienden las demandas de salud de sus poblaciones a cargo. Cabe agregar que en este contexto las y los profesionales de la salud pública asumen el compromiso y se organizan para poder garantizar la atención aún bajo la consabida precariedad laboral y escaso reconocimiento social.

Por otro lado, el carácter concentrado y asimétrico de nuestro sistema se evidencia también al analizar la cobertura en cada subsector. Según datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, para el 2019, las EMP contaban con cerca de 4 millones trescientos afiliados directos. Más del 60% de los mismos se concentraban en la provincia de Buenos Aires y CABA (39% y 22% respectivamente), el 10% en Córdoba, el 9% en Santa Fé, y en el resto de las provincias variaba entre el 3% y menos del 1% de afiliados.

A su vez, se observa -a nivel país (Argentina)- una fuerte concentración de afiliados en 5 empresas de medicina

prepaga. Así, el subsector privado de salud está altamente concentrado y oligopolizado, al ser dominado por la conformación de grandes grupos empresarios (como Galeno, Swiss Medical, OSDE Binario, OMINT y MEDICUS). Estos grupos se convirtieron en líderes del subsector al cubrir entre el 75% y el 80% de la población afiliada a las EMP (Luzuriaga, 2018, p.289).

En cuanto a las asimetrías y a la concentración entre las obras sociales, Cetrángolo y Goldshmitt (2018), advierten que de las 300 obras sociales nacionales sólo el 5% de las mismas concentran el 54% de los afiliados; mientras que el 95% restante cubre al 46% de los mismos. Además, en el informe *¿Cuánto gasta Argentina en salud?* (De la Puente y De los Reyes 2019) se señala que las obras sociales nacionales brindan cobertura a más de 15,4 millones de afiliados, trabajadores en relación de dependencia y a sus grupos familiares. Mientras que, las 24 obras sociales de las provincias, las obras sociales de las fuerzas armadas y de las universidades brindan cobertura a 7,1 millones de afiliadas/os.

En cuanto a las asimetrías al interior del subsector público, se destaca la desigualdad en la atención en salud que existe entre las provincias del país. Esta situación es producto de la descentralización del sistema de salud,

que se profundizó en los años '90. Las provincias más pobres, dispusieron de menos recursos para dar respuesta a la organización del sistema público de salud. A modo de ejemplo sobre esta desigual distribución de los recursos destacamos el análisis de Maceira (2020) en el que sostiene que: “el gasto per cápita en provincias patagónicas es mayor al promedio nacional, y superior en tres veces y media al de aquellas de menor gasto relativo, comparando valores extremos (Tierra del Fuego y Santiago del Estero)”. Esta inequidad muestra la necesidad de un papel más activo por parte del Estado nacional para garantizar una distribución más equitativa de los recursos.

En función de lo expuesto sobre las tensiones y consecuencias de un sistema poco integrado sostenemos, como lo expone Rovere, que la fragmentación con sobreoferta y la exclusión social “constituyen una caracterización de síntesis que reclama un nuevo mapa de actores comprometidos con la salud de nuestra población” (2004, s/n.).

La transferencia de recursos públicos al subsector privado. El caso del PAMI

El INSSJP¹-PAMI² es un ejemplo en gestión de salud, del proceso de transferencia de recursos públicos hacia el sector privado. El PAMI es un seguro de salud especializado en la atención sociosanitaria de las personas mayores que cubre aproximadamente al 80% de las y los mayores de 65 años de nuestro país. Fue creado en 1971 bajo la figura legal de *ente público no estatal*, a pesar de que en sus más de 50 años de vida, ha estado la enorme mayoría del tiempo intervenido por el Estado. Como seguro de salud, su financiamiento proviene de trabajadoras/es y empleadoras/es, así como de las propias personas jubiladas. Sin embargo, en gran parte de su historia, el PAMI ha dependido de importantes aportes fiscales para su funcionamiento, cosa que -para mencionar solo el último período- ocurre desde hace por lo menos una década.

La necesidad de financiamiento fiscal (o la dificultad de la expectativa de autofinanciamiento en términos de seguro de salud) se torna evidente cuando consideramos el tipo de población a la que el INSSJP destina sus

prestaciones: una población que en general requiere de tratamientos costosos y prolongados. Pensar de modo estratégico la orientación de esos recursos, en clave de pensar el sistema de salud de manera integrada y sostenible, es necesario para garantizar el derecho a la salud. Los recursos destinados al PAMI alcanzan alrededor de 0,9% del PBI anual (De la Puente y De los Reyes, 2019). Por la modalidad de contratación de servicios genera, al igual que las obras sociales en general, transferencias constantes de recursos de los trabajadores y trabajadoras -en el caso de PAMI recursos fiscales- al sector privado.

De los más de 20 mil prestadores, teniendo en cuenta los diferentes niveles de atención, la gran mayoría son del ámbito privado. Pese a ser la mayor institución de seguridad social, PAMI carece de una infraestructura propia de relevancia; solo cuenta con cuatro efectores sanitarios propios: dos hospitales en Rosario-Santa Fe, uno en CABA (producto de la absorción del ex Hospital Francés -ahora Hospital C. Milstein- en el 2008) y uno más reciente en Mar del Plata (el Hospital Bernardo Houssay, traspasado a manos de PAMI en 2015 y recién puesto en funcionamiento en 2018). Asimismo posee solamente cinco hogares de residencia de larga estadía y un servicio de urgencias y emergencias, solo para la CABA y alrededores.

El PAMI, tanto por el volumen de sus erogaciones en materia sanitaria como por la permanente demanda de servicios y bienes a terceros, es un claro financiador de servicios de salud. Sin ir más lejos, es el mayor prescriptor de medicamentos. No resulta tan claro, sin embargo, que pueda identificarse como un actor de gravitación para imponer condiciones o regulaciones al subsector público o al mercado. Parece necesario pensar a futuro estrategias que incorporen las líneas de acción de esta institución de manera coordinada con los diseños más estructurales de las carteras nacionales y subnacionales de salud.

Desafíos para la construcción de un sistema integrado de salud

Las políticas que tienen entre sus objetivos intervenir sobre aspectos redistributivos inevitablemente se en-

1. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionado (INSSJyP).

2. Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI).

cuentran con fuertes resistencias por parte de los actores con mayor poder económico y político y por lo tanto con capacidad de vetar tales políticas. Avanzar en el proceso de transformación enunciado implica numerosos desafíos.

El principal desafío es construir un debate democrático a fondo, que garantice la participación de las y los actores del sistema de salud y de las diversas organizaciones sociales que se sientan convocadas. Debate que debería considerar cómo queremos y cómo podemos garantizar el funcionamiento del sistema de salud, de forma tal que pueda atender las necesidades de la población en un territorio signado por las desigualdades e inequidades.

Un debate que ponga en juego el principio de integralidad, teniendo como eje la garantía de continuidad de la atención desde el campo comunitario hasta los diferentes niveles de complejidad del sistema de servicios de salud así como la articulación de un conjunto de políticas públicas dirigidas a mejorar las condiciones de vida. Una integración que no es estatización sino articulación y solidaridad entre las diversas organizaciones que componen el sistema de salud. Solidaridad que exprese la ecuación en la cual quienes se encuentran en mejores condiciones contribuyan en el financiamiento de la atención de quienes se encuentran en peores condiciones.

En este sentido se requiere mejorar la regulación de nuestro sistema de salud. Regulación que no es sinónimo de mayor riesgo empresarial ni de inviabilidad de la actividad económica del sector salud. Por el contrario, una regulación limitada y deficiente redundaría en una solidaridad invertida, en la cual ante la negativa de prestaciones del subsector privado y de las obras sociales, el subsector público actúa como reaseguro. Es decir que las fallas del privado repercuten en el sector público.

Entendemos que para poder avanzar en un sistema de salud integrado no es suficiente contar con un informe

técnico exhaustivo y riguroso del sistema de salud. La experiencia ha mostrado de forma recurrente que las principales trabas que encontraron los proyectos de sistemas de salud universales han sido las resistencias de los actores corporativos con mayor poder en los espacios de toma de decisión.

El debate sobre un nuevo sistema de salud es un debate de interés público y requiere de la construcción de consensos amplios y duraderos que expresen tanto los intereses como las visiones de lo que la sociedad considere un sistema de salud adecuado.

Entendemos que el contenido del debate debería estar orientado a discutir entre muchos otros aspectos: cuál es la dimensión adecuada de cada subsector y cuáles son las diferencias admisibles entre éstos; qué características debería adquirir el subsector privado para tener un comportamiento solidario y contribuir a la equidad de nuestro sistema; qué diferencias en el acceso a la salud estamos en condiciones de aceptar como sociedad; cómo generar una integración para que sea posible una compensación más adecuada de los gastos; cómo lograr un uso racional de los recursos y cómo mejorar la transparencia en la asignación de los mismos; cómo integrar los sistemas de información existentes en los subsectores para una apropiada planificación y toma de decisiones; cómo adecuar las rentas extraordinarias de algunos subsectores; cómo garantizar un acceso adecuado al sistema de salud para toda la población; y obviamente cómo generar una distribución más equitativa de los recursos.

La sola mejora en la distribución de los recursos no redundaría directamente en un cambio hacia un sistema de cuidados basado en la integralidad.

La distribución más equitativa de recursos es condición necesaria pero no suficiente para la construcción de un sistema integrado de cuidados. Se requiere de un compromiso político y colectivo.

Bibliografía

- Bahia, L. (1999) *Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil*. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil.
- Bahia, L (2018). *Tempestad sanitaria: La salud bajo ataque*. Revista Soberanía Sanitaria. Disponible en: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/tempestad-sanitaria-lasalud-bajo-ataque/>
- Cetrángolo, O. ; Goldshmit, A. (2018). *Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la seguridad social en Argentina*. Serie Documentos de Trabajo N° 25 IIEP. Disponible en: http://157.92.136.59/download/docin/docin_iiiep_025.pdf
- De la Puente C, De los Reyes L. (2019) *¿Cuánto gasta Argentina en salud?* Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Argentina.
- INDEC (2010). *Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010*. Buenos Aires.
- INDEC (2020). *Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Segundo Trimestre*.
- Lieutier, A. (2019). *Clase sobre el Sistema de Salud argentino en el marco de la Diplomatura en Economía Política de la Salud* Universidad de José C.Paz-Fundación Soberanía Sanitaria.
- Luzuriaga, MJ. (2018). *Privados de la Salud: Las políticas de privatización de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia..* Vol. 291 de *Saúde em debate* (Primera). HUCITEC.
- Luzuriaga, MJ; Zunino, M G; Almirón, VL; Iusef, Venturini N (2020) . *La mano visible del Estado y la mano invisible del mercado. ¿Por qué la salud es más que un contrato entre partes?* Realidad Económica (365): 131-145.
- Maccera, D. (2020). *Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano*. Revista Estado y Políticas Públicas. Año VIII, Núm. 14, 155-179.
- Manoukian D, Iusef Venturini N. *Sistemas de Salud. El modelo argentino y el caso neuquino*. 1era ed. Buenos Aires: CICCUS; 2021.
- Pollock, Al M. *Cómo la mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud y qué se debe hacer para restaurarlos* Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 64, febrero, 2016, pp. 5-50 Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo Caracas, Venezuela
- Rovere, M *La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto..* La Esquina del Sur, mayo, 2004. Recuperado el 10 de febrero 2021 de <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>
- Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013*. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Ind.Sist.Sanit.UE.XXI.htm>

Artículos seleccionados

Equipos territoriales: Reflexiones en torno a la participación social en salud y las estrategias de intervención comunitaria.

María Clara Fariña^a

Fecha de recepción:	28 de enero de 2021
Fecha de aceptación:	31 de mayo de 2021
Correspondencia a:	María Clara Fariña
Correo electrónico:	Clarifarina89@gmail.com

a. Licenciada en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en Salud de CABA.

Resumen:

La participación social en salud se constituye en uno de los pilares fundantes de la Atención Primaria de la Salud, luego de su incorporación en la Declaración de Alma Ata de la OMS en 1978, que aún se encuentra en construcción y discusión. En este trabajo se pretende realizar un análisis de cómo se desarrolla la participación social en salud en la particularidad de los equipos territoriales interdisciplinarios (también llamados Equipos Básicos de Salud) del Primer Nivel de atención. Para dicho análisis, se tiene en consideración su vínculo con la prevención y promoción de la salud (también pilares de la APS), y con las normativas estatales que regulan la constitución de dichos equipos. Asimismo, se incorporan discusiones y reflexiones que surgen de la inserción profesional en dichos equipos territoriales en un Cesac de la zona Sur de CABA. Finalmente el análisis propone nutrir los debates acerca de la modalidad de APS, sus estrategias concretas de atención y el aporte que ésta hace a la intervención en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados.

Se concluye en la reivindicación de la participación social en salud como espacio de construcción colectiva de salud y, en consecuencia, incidencia en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados de manera positiva. Asimismo, la participación social en salud resulta como herramienta de abordaje territorial fundamental para los equipos profesionales de salud en atención primaria.

Palabras clave: APS - Equipos territoriales - Participación social en salud.

Summary

Social participation in health is one of the founding pillars of Primary Health Care (PHC), after its incorporation in the Declaration of Alma Ata of the WHO in 1978. It is still under construction and discussion. This work aims to carry out a review of how social participation in health develops in the particularity of interdisciplinary territorial teams (also called Basic Health Teams). For this review, the linkage with prevention and health promotion, and with the state policy that regulate the constitution and activity, are taken into consideration. Likewise, discussions and reflections incorporated that arise from the professional insertion in a territorial team in an institution in the southern area of CABA, Argentina. Finally, the review proposes to nurture the discussion about the PHC modality, its specific care strategies and the contribution that it makes to the intervention in the health-disease-attention-care process.

It concludes in the vindication of social participation in health as a space for the collective construction of health and, consequently, a positive impact on the health-disease-attention-care process. In addition, social participation in health results as a fundamental territorial approach tool for professional health teams in primary care.

Key words: Primary Health Care, territorial team, social participation in health.

Introducción

Los equipos básicos de salud se constituyen como una de las principales políticas de salud implementadas en las gestiones de los últimos años del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este sentido la misma se ha constituido en una de las principales estrategias de abordaje de la perspectiva de Atención Primaria de la Salud (APS), en nuestro Sistema de Salud actual.

La APS surge como propuesta de abordaje en salud a fines de los años 70s en un contexto sociopolítico que evocaba la necesidad de considerar una nueva forma de comprender a la salud que se condiga con las nuevas

perspectivas aportadas por la Salud Comunitaria. Se considera que sus primeros lineamientos se desprenden de la Conferencia de Alma Ata en 1978, encuentro en el que se estableció nuevas propuestas de intervención tendientes a garantizar un acceso a la Salud de toda la población mundial.

Es en ese sentido, que los Estados adherentes comenzaron a crear nuevas estrategias de atención y abordaje de la Salud que incorpore los pilares de la APS, incluyendo en éstas, políticas de promoción, prevención y participación en salud (OMS, 1978).

La gestión de Gobierno actual y sus diversos gabinetes en la cartera de Salud, han propuesto acciones y estrate-

gias tendientes a la implementación de Equipos Básicos de Salud, bajo la consigna de integralidad, descentralización y territorialidad participativa con el fin de favorecer al fortalecimiento de la Red Integral de Cuidados Progresivos. Aun teniendo marcos legislativos y ejecutivos como el Plan de Salud CABA 2016-2030 de Agosto 2017 y la Ley Básica de Salud Ley N°153 se observan en la práctica desigualdades en el acceso al Sistema de Salud y algunos obstáculos políticos en la construcción de estrategias de abordaje integrales bajo la perspectiva de la APS.

En éste escrito, se propone realizar un análisis de los equipos territoriales en APS en relación a su vinculación e intervención en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados (SEAC), haciendo hincapié en la particularidad de la participación social en salud. Dicho análisis incorpora algunas críticas en torno a las reglamentaciones que encuadran a los equipos de salud, y también, algunos aspectos reflexivos de la práctica de los equipos territoriales y de la rotación como Residente de Trabajo Social en dichos equipos.

El trabajo se estructura con una primera parte donde se introducen algunas conceptualizaciones sobre la propuesta de estrategia de APS a los fines de enmarcar subsiguientemente el problema de estudio planteando un análisis de la propuesta normativa de Equipos Básicos de Salud, o como son llamados en muchos efectos: Equipos Territoriales. En tercer lugar, tomando un territorio concreto y el CeSAC (Centro de Salud y Acción Comunitaria) que allí funciona, se describe la particularidad con la que se implementan los equipos territoriales. Por último, tomando dos de las funciones y actividades principales de la normativa que introduce a los equipos territoriales y se las analiza conceptualmente en vinculación con diversas discusiones al interior de los equipos profesionales, y con algunas estrategias de participación social en salud implementadas por los equipos territoriales del CeSAC de referencia.

Por lo que han propuesto como objetivo general analizar la atención sanitaria en APS en el marco de los lineamientos normativos gubernamentales en relación al proceso de abordaje territorial de los equipos territoriales de salud de un CeSAC de la zona sur de la CABA. Con el fin de considerar los siguientes aspectos específicos: Analizar los lineamientos de conformación de los equipos territoriales de salud en el marco de la perspectiva de APS; describir la conformación e inserción territorial de los equipos territoriales de Salud de un

CeSAC en su particularidad y singularidad; y relacionar los lineamientos de conformación de los equipos territoriales de salud con los abordajes y estrategias de participación en salud de los equipos territoriales del CeSAC seleccionado.

En relación a la metodología de recolección de datos, se propuso recaudar información sobre la temática con un breve recorte bibliográfico temático. Asimismo, se entrevistó de manera no estructurada a profesionales referentes de manera tal que se pueda obtener información que no se encuentre documentada y se trabajó en espacios de discusión con profesionales del CeSAC de referencia para la recolección de información reflexiva.

La propuesta de incorporar y sistematizar entrevistas a profesionales y el uso de reflexiones colectivas para su elaboración contribuye a que éstas puedan ser el puntapié inicial para repensar la atención del equipo de salud en su totalidad, incorporando una mirada contextual, histórica y política de las políticas sociales actuales. Asimismo, se espera que estas reflexiones favorezcan a repensar las prácticas concretas de los equipos territoriales, promoviendo estrategias y actividades en salud más integrales.

La atención primaria de la Salud: complejizando la práctica en salud

El concepto de Atención Primaria de la Salud surge como una estrategia de abordaje en salud en un contexto de prevalencia de enfermedades asociadas a la explotación industrial y moderna, en el cual los gastos en la salud de la población eran de gran envergadura para las gestiones de gobierno. Asociado también a una lógica desarrollista en la cual la participación de la población en los procesos de decisión política se volvía fundamental (Stolkiner, Comes y Garbus, 2011). Por ello en 1978 la Conferencia de Alma Ata establece, en su artículo 6, que: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (OMS, 1978). En este sentido, se incorpora a la práctica en salud la acción de la participación como fórmula para reducir los gastos en salud y así promover el acceso de mayor población. En un pri-

mer análisis, podría plantearse que esta definición llama a que los Estados hagan uso del gasto que sea necesario para alcanzar la salud de la población, ya que el mismo es un derecho y como tal el Estado debe garantizarlo. Sin embargo, incorporar a la participación en la definición abre la posibilidad de reflexionar sobre la práctica de la asistencia sanitaria concreta. Ésta perspectiva de la Salud rompe con las concepciones biologicistas, abriendo el juego a otros aspectos como el social y político.

Esta nueva perspectiva de abordaje de la Salud por parte de los Estados trajo diversas tensiones y debates en torno a la implementación concreta de las políticas sanitarias, ya que los Estados debieron adaptar sus sistemas a nuevas propuestas y modalidades de atención más integrales y adecuadas a los debates en torno a la -Salud para todos- recomendada por la Organización Mundial de la Salud post Declaración de Alma Ata en 1978 (Stolkiner, Comes y Garbus, 2011) y su consecuente Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas de 2005 (Ase y Burijovich, 2009). Una de las principales tensiones es aquella relacionada con la concepción y diferenciación entre la modalidad de la APS y el primer nivel de atención del sistema de Salud. Muchas veces ambos conceptos son asociados como lo mismo generando confusiones epistemológicas. El primer nivel de atención no es exclusivamente el espacio de la APS. La APS es el marco o la perspectiva de abordaje que contextualiza a la atención en salud, ya que refiere a una perspectiva de abordaje que plantea considerar y conceptualizar a la salud como una intervención que supera la atención médica. Por lo tanto, implica incorporar en la definición y en la práctica del sistema de salud acciones tendientes a generar una asistencia sanitaria integral, inclusiva de lo psicosocial y superadora de la salud medicalizante y sobreinterventiva. Propone incorporar también, diversos aspectos de la vida cotidiana de las personas que buscan asistencia en el sistema de salud (Vignolo, 2011).

Otorgarle a la APS un carácter integral implica la construcción de otros enfoques que den forma a las modalidades y estrategias de atención sanitaria. En consecuencia, se incorpora a la salud comunitaria como principal aporte conceptual. Ésta, en su definición incorpora a la vida en comunidad como el aspecto que en su cotidianeidad incide en la manera en la cual vivimos nuestra salud, tanto desde una mirada individual como grupal. Al tener una perspectiva de anclaje territorial (por su carácter comunitario), incluye en su concepción una visión social de la salud integral como proceso histórico.

Asimismo, considera la existencia de niveles micro y macro en la salud y brinda vital importancia a la participación de lxs sujetxs involucradxs en dichos procesos (Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. L., & Gofín, J.; 2010).

En consonancia con lo expuesto, resulta interesante el aporte de Stolkiner, Comes y Garbus (2011) quien describe que en nuestro país las políticas públicas en salud se sientan para su construcción sobre los fundamentos de la salud colectiva. La autora dice: "En las Bases del Plan Federal de Salud se la define como estrategia que concibe integralmente los problemas de salud – enfermedad – atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación y se propone una asignación creciente de recursos" (Stolkiner, Comes y Garbus, 2011, 2810). Resulta claro entender con el aporte de la autora que un análisis de las políticas públicas en salud a nivel federal debe tener en consideración aspectos no sólo desde lo estrictamente sanitario, si no también lo sociopolítico, lo económico y lo epidemiológico.

Entendiendo la APS como perspectiva teórica y como estrategia de intervención adoptada por nuestro sistema de salud, y relacionándola con la experiencia de la salud colectiva, es que se propone a continuación analizar la ejecución de los Equipos Básicos de Salud o en algunos efectos nombrado como Equipos Territoriales.

Normativizar la APS: Equipos Básicos de Salud

El Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires decreta en 2016 la Norma SSAPAC DGS-COM 01/16, la cual establece los lineamientos de implementación de los Equipos Básicos de Salud en los CeSAC. Dicha norma formaliza como estrategia de atención en el primer nivel a los Equipos Básicos de Salud. Para su mayor comprensión se propone remontar a la constitución de la idea de equipo básico o de referencia en salud. Ésta propuesta tiene un análisis interesante realizado por De Sousa Campos (1998), desde la experiencia brasilera quien describe un esquema de organización para el trabajo en salud, al que se ha denominado: Equipos de Referencia con Apoyo Especializado Matricial. Dicha modalidad de atención consiste en la conformación de equipos interdisciplinarios de atención directa y en el territorio de una población determi-

nada. Asimismo, éste equipo de referencia se encuentra conformado por disciplinas biomédicas (Medicina General, Pediatría y Enfermería), y es acompañado de un segundo equipo que oficia de equipo matricial de contención y asesoramiento donde se incorporan otras profesiones de la salud como Salud Mental y Trabajo Social. Se entiende así que esta estructura propuesta, incluye un primer equipo que deberá abarcar una inserción territorial concreta y un segundo anillo que oficiará de apoyo a las intervenciones que promueva el primero.

Cabe destacar del planteo realizado por De Sousa Campos (1998), la incorporación de la subjetividad en la organización de la tarea en salud, un aspecto que no había sido destacado hasta entonces. Con este planteo el autor propone que la conformación de estos equipos interdisciplinarios apunta a la intervención e incidencia en la cultura y subjetividad de los sujetos objeto de las mismas. Es decir, que su accionar buscará ingresar en la cotidianeidad de las personas involucradas generando acciones de concientización de su salud, de promoción de la salud, y de participación en salud. Si bien realiza su análisis desde el plano de la organización, es interesante su aporte a la idea de que la incidencia en la subjetividad es indefectible e intrínseca a la inserción de los profesionales de los equipos en el plano de lo territorial con un anclaje en lo institucional. Dicha inserción no es posible sin una mirada crítica por parte de los profesionales sobre la salud, sobre la vida cotidiana de las personas involucradas y sobre las condiciones materiales de existencia de éstas.

En esta línea, la Norma SSAPAC DGCCOM 01/16 del GCABA, propone la constitución de “una estructura matricial con una red organizada según complejidad del paciente, con procesos comunes y estándares en cada nivel, con áreas programáticas que integran los niveles de complejidad en un territorio, para garantizar la coordinación vertical entre la comunidad, CESACs y hospitales en ambos sentidos.” (Norma SSAPAC DGCCOM 01/16 del GCABA; 2016; 4). Ésta estructura matricial pareciera proponer intervenciones comunes y estándares de acuerdo a la complejidad de los procesos de salud individuales, encontrando la interseccionalidad en la coordinación vertical entre instituciones y comunidad. Si bien ésta norma describe la conformación de una red de niveles e instituciones que acompañen desde diferentes abordajes y complejidades, las problemáticas que la población presenta en la atención de salud concreta parecieran superar a esta modalidad de organización. La falta de comunicación y articulación inter niveles mu-

chas veces reflejan acciones de burocratización de la atención. La atención básica de salud se realiza desde el primer nivel y la atención compleja y completa en el segundo nivel. A su vez tendrán el apoyo de otros niveles de atención cuando la situación lo amerite, respetando la coordinación vertical entre los actores del sistema sanitario. Si bien la propuesta es acorde a los lineamientos que propone la APS, se entrevén propuestas de articulación basadas en niveles estándares y ordenados según complejidad, dando lugar a que en su implementación se entrevieran algunas falencias o ausencias, como por ejemplo, la formación de los profesionales en el trabajo territorial; la disponibilidad de horas para la asistencia y para las acciones comunitarias; y la diversidad y complejidad que los territorios proponen al momento de la intervención de una institución estatal.

Resulta interesante con lo planteado los aportes de Ase y Burijovich (2009) en cuanto a la APS considerada por algunos Estados, principalmente Latinoamericanos, como la propuesta de una canasta básica de prestaciones, bajo una lógica selectiva y focalizada de los grupos más desfavorecidos. En este sentido, pareciera que ésta normativa en el contexto de intencionalidad de instaurar una CUS, propone una nominalización de la población no como registro de población con la cual trabajar sino con un carácter de reconocimiento de prestaciones acordes a cada sujeto en su individualidad, que en caso de necesitar una atención de mayor complejidad deberá acceder a otra intervención que no se encuentra catalogada o enmarcada en las prestaciones de la APS.

Considerando los objetivos para los equipos, la normativa establece que “tienen como objetivo la mejora continua en el abordaje de los procesos de salud enfermedad atención cuidado a través de la conjunción entre la atención integral, el trabajo integrado con la comunidad y sus organizaciones y la planificación de acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes que condicionan la situación de salud de la población” (Norma SSAPAC DGCCOM 01/16 del GCABA; 2016; 4). Se puede observar en los objetivos la propuesta de la incorporación en la práctica de los equipos básicos de salud de tres aspectos primordiales de la APS: la atención integral, el trabajo integrado con la comunidad, y la planificación de acciones intersectoriales. Estos son pilares fundantes dentro de la perspectiva de la APS, como fue planteado con anterioridad. En este sentido aparece la pregunta sobre cómo abordar los determinantes que condicionan la situación de salud de la población en un contexto sociopolítico donde el abordaje

de los determinantes económico y sociales se complejizan y donde escasean recursos y políticas sociales locales que favorezcan a la mejora en la calidad de vida de la población.

Hasta aquí, se han planteado algunos análisis sobre la principal normativa que regula los equipos básicos de salud del sistema sanitario de la Ciudad de Buenos Aires, que como su denominación indica, apuntan a establecer ciertos lineamientos generales de estructuración de la organización del sistema sanitario porteño. Ahora bien, ¿qué tensiones trae aparejado al interior de los equipos al momento de implementar dicha forma organizativa de atención en salud? Por un lado, identificar a la salud como un proceso a abordar incorpora la variable tiempo. El sostenimiento en el tiempo de las intervenciones que el equipo profesional realiza, aparece como fundamental para entender el trabajo en terreno y para comprender a la salud como un proceso. Es decir, no son intervenciones que con una sola entrevista, articulación o indicación finaliza, sino que precisa de la elaboración de estrategias a mediano y largo plazo. Principalmente entendiendo que la Salud no es algo estático y definitorio, sino todo lo contrario. Asimismo, precisa de una discusión constante acerca de la política sanitaria, que permita de ésta manera reconocer los recursos sociopolíticos existentes y los propios del equipo. En este sentido, actualmente los equipos del primer nivel cuentan con escasos espacios de reflexión, discusión y capacitación, ya que sus tareas están principalmente abocadas a la atención concreta de asistencia y al registro cuantitativo de la misma.

Por otro lado, resulta interesante sumar a ésta análisis la tensión que los lineamientos provocan con el pronto advenimiento de propuestas a nivel mundial de mercantilización de la salud y reducción del gasto público, principalmente en lo relacionado con la salud. Actualmente, continúa el debate en torno a las concepciones de la atención en salud bajo dos posturas contrapuestas. Por un lado se encuentra la lógica de un Sistema Universal de Salud (SUS) como en Brasil o en Cuba y por el otro una Cobertura Universal de Salud (CUS) como en EEUU y Chile. Éstas propuestas de sistema sanitario son antagónicas y opuestas en relación a diversos aspectos. Se destaca que estos sistemas proponen modalidades de atención práctica contrapuestas. La CUS propone una esquematización y normatización de la atención de Salud, bajo la idea de instaurar un seguro de salud el cual sería financiado por los individuos que solicitan la atención de acuerdo a sus necesidades singulares y su

capacidad de pago. Por su parte la SUS incorpora una lógica universalista y de único acceso con financiación exclusiva o mayoritaria del Estado, tomando a la salud comunitaria como pilar fundante de su atención (Laurell, 2012; Iriart, 2016).

Por su parte, Laurell (2012) manifiesta que existe "una confusión, deliberada o no, entre cobertura poblacional y cobertura de servicios o médica" (Laurell, 2012, 2). Esta confusión se encuentra enlazada a la discusión en torno a la propuesta que trae la lógica de CUS en cuanto al suponer que cobertura, acceso y utilización van emparejadas cuando en verdad se encuentran disociadas, refiriendo a diferentes posturas y concepciones del sistema. Por lo que, siendo que la propuesta del sistema de salud actual apunta a categorizar las acciones en salud, y por lo tanto la atención, ¿Qué lugar ocupa en ella la participación social en salud? ¿Entendemos bajo ésta lógica que participación en salud es acercarse a solicitar una prestación? ¿Es participación en salud sólo registrar las propias afecciones y solicitar atención? De seguro que como profesionales de la salud, este reduccionismo vacía de contenido nuestros acompañamientos a los procesos de salud de la población. Más adelante, se propone esbozar algunas respuestas a éstas preguntas.

Por otro lado, la constitución de los equipos básicos de salud se acompañan de una tendencia a una nominalización de la población. En la actual gestión de salud en la Ciudad se ha tendido a un registro cuantitativo de la población, que acompañado de la incorporación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en todos los efectores, derivó en un registro individualizado de las personas empadronadas asistentes a los efectores. Si bien, se destaca la importancia de dicho recurso por su accesibilidad por parte de los profesionales, posibilidad de visualizar la HCE desde cualquier dispositivo y desde cualquier efector; también responde a éstas lógicas individualizantes, biomedicalizantes y a demanda de cada sujeto. Por ejemplo, la HCE se estructura por las consultas realizadas por la persona, debiendo catalogar el tipo de consulta o demanda en categorías ya preestablecidas del orden médico. Indicar intervenciones de índole social, de promoción o prevención de la salud no se encuentra dentro de las categorías habituales.

Hasta aquí se pretendió realizar un breve análisis de algunos aspectos de la reglamentación normativa que engloba al sistema de salud porteño actual, destacando algunas tensiones y debates que surgieron en la tarea de un equipo profesional específico. Se espera que éstos

sean un puntapié para otras reflexiones y análisis críticos, que resulten en propuestas integradoras e integrales de la salud.

Cabe destacar que la existencia de equipos de salud con anclaje territorial no nace como producto de ésta normativa, sino que la misma viene a encuadrar un trabajo que las instituciones del primer nivel vienen realizando prácticamente desde su creación. Se profundizará sobre éste aspecto más adelante.

CeSACs y territorios: ¿Equipo Básicos de Salud o Equipos Territoriales?

En el primer nivel de atención las modalidades de atención, el análisis de las necesidades del territorio y las diversas perspectivas sobre las tareas de asistencia comunitaria de los equipos de profesionales fueron adaptándose mostrando la necesidad de la conformación de equipos interdisciplinarios territoriales. La normativa vigente se constituye en una herramienta que adquiere diversas particularidades en cada institución del sistema de salud. Es decir, que habiendo realizado un sondeo aproximativo de experiencias prácticas de implementación de esta normativa, cada CeSAC (los efectores del primer nivel de atención) -aplica la misma de acuerdo a sus particularidades, la conformación de su equipo profesional y las singularidades del territorio.

El Bajo Flores se constituye como uno de los barrios con los mayores índices de vulnerabilidad de la Ciudad de Buenos Aires. Allí se entabla una de las Villas más populares y más grandes, la Villa 1.11.14 “Barrio Padre Ricciardelli”. Ésta se compone de alrededor de 30 manzanas con la estructura habitacional típica de las villas y varios núcleos habitacionales incorporados al catastro de la Ciudad. Según el último informe del Instituto de Vivienda de la Ciudad que no fue publicado, allí viven 40.059 personas en 4.907 viviendas (IVC, 2019). Entre las principales problemáticas que atraviesa el barrio se pueden nombrar: Bajos recursos socioeconómicos, precariedad habitacional, precariedad en las conexiones de los servicios como agua y electricidad, enfermedades asociadas a la vulnerabilidad habitacional, inseguridad, dificultades de acceso a servicios públicos, etc (ASIS, 2016; IVC, 2019).

Asimismo, se destaca que el barrio en los últimos 19 años ha crecido poblacionalmente en un 45% (IVC, 2019) y al ser unas de las villas más antiguas de la Ciudad

y con mayor crecimiento es el barrio que más cantidad de CeSAC tiene en sus cercanías. Un dato no menor considerando las propuestas de abordaje territorial que se proponen para éstas instituciones y la complejidad que el barrio presenta para los equipos de salud.

A los fines de éste escrito se propone analizar un CeSAC en particular, ubicado en la zona sur del barrio. El área correspondiente al mismo incluye 8 manzanas de la Villa y dos sectores de complejos habitacionales. Abarca a un total estimativo de 5600 familias, con un equipo de aproximadamente 50 profesionales (incluidos equipo de administración, promotores de salud, limpieza y mantenimiento). Se evidencia entonces la dificultad de abarcar la totalidad de las familias del área con un equipo pequeño, lo que hace que la tarea cotidiana sea ardua y sumamente activa.

En relación a la información sobre la situación de salud de la población, el último Análisis de Situación de Salud de la CABA fue presentado en Diciembre de 2017, no teniendo al momento datos actualizados. La Comuna 7 correspondiente al barrio posee altos índices de vulnerabilidad en relación a la salud, al igual de que se encuentra entablado en la Cuenca Matanza-Riachuelo, siendo éste un determinante de consideración en la salud de la población. En relación a las principales enfermedades presentes en ésta población, las relacionadas con la Tuberculosis se presenta como la principal.

En el caso del CeSAC considerado como ejemplo de análisis, la conformación de los equipos territoriales, se remonta a sus inicios. Desde ese entonces el trabajo en terreno fue abordado por los equipos de profesionales adquiriendo diversas características a medida que se fueron incorporando otras disciplinas.

Según se desprende de algunas entrevistas realizadas a actores claves de la historia del CeSAC, las primeras profesiones en realizar tareas de asistencia en el terreno concreto fueron las psicosociales (Trabajo Social, Psicología, Psicopedagogía). Luego de darse espacios de reflexión, acompañados por la conducción de la institución, se evaluó la necesidad de realizar entrevistas domiciliarias, acciones comunitarias de prevención y promoción de salud, entre otras acciones, que permitiesen no sólo un conocimiento sobre las formas y determinantes de enfermedad de la población, sino también reconocer diversos modos de vida y subjetividades, repensar las intervenciones, compartir estrategias de seguimientos y pensar en perspectiva de políticas públicas en salud. Ta-

reas fundamentales del trabajo en el proceso de SEAC en territorio.

En la actualidad el CeSAC cuenta con 5 equipos territoriales. Cada uno tiene asignadas manzanas o terrenos del área de cobertura. Es interesante el planteo que surgió en las entrevistas y reuniones, en relación al nombre que se le asignan a los equipos. La Normativa constituye la propuesta de Equipos Básicos de Salud conformado por 3 profesionales de la Salud (Médica/o generalista, pediatra y enfermera/o), pero en este CeSAC son nombrados como equipos territoriales e incluyen a profesionales de todas las disciplinas del campo de la salud. Si bien no se propone una oposición a la propuesta de abordaje territorial planteado por De Sousa Campos (1998) o a la normativa gubernamental de equipos básicos de salud, que fueron descritas anteriormente, ésta conformación se visualiza más operativa y eficaz, ya que la interdisciplina en el abordaje concreto se vuelve indispensable para pensar el trabajo en territorio. Asimismo, permite que los y las profesionales de los equipos complementen y amplíen sus tareas de asistencia incorporando el trabajo en terreno, una salida al barrio, que los incluya en los desafíos por construir APS por fuera de la atención en consultorio.

Actualmente aún quedan muchas resistencias y tensiones al interior de los equipos. Tensiones entre la sobrecarga de tarea a los equipos territoriales, sin la consecuente asignación de más horas abocadas a dicha función (actualmente los profesionales de los equipos tienen asignadas de su jornada laboral un 60% de horas a las tareas de asistencia y un 40% a tareas comunitarias, según la normativa regulatoria), situación que se hace imposible de sostener en la complejidad de los territorios y necesidades de los usuarios y las usuarias.

Otro de los aspectos de tensión dentro de los equipos es la propuesta de nominalización de familias. La dinámica de los territorios en las cuales nos insertamos, hace dificultosa la nominalización de las familias. Las constantes olas migratorias de otros países e incluso dentro del mismo barrio, las dificultades de accesos a ciertos sectores del barrio y la asignación de turnos (en muchos casos las familias deben hacer cola para un turno desde la 4 de mañana), situación que encadenada con otras cuestiones dificulta el acceso al sistema de salud y la construcción de un vínculo de salud entre los profesionales y los usuarios. En este sentido, el debate se asocia con lo trabajado anteriormente en relación a la propuesta de imposición de la CUS, donde la lógica de detec-

ción, empadronamiento y nominalización de personas y necesidades se vuelve necesaria para su establecimiento. Principalmente, porque necesita de estos registros para la cuenta de servicios y prestaciones ya adquiridas y por lo tanto facturadas.

Por otro lado, la conformación de diversos equipos territoriales con sectores del barrio asignados para el abordaje, permite abarcar todo el terreno, realizar mejores seguimientos de las situaciones de las familias y habitantes del barrio, entre otras cuestiones. Arribar a ésta conformación no fue un recorrido institucional fácil, ya que la complejidad del territorio en términos de su constitución y cotidianeidad política y algunos obstáculos para la circulación por cuestiones de seguridad, tensionan la tarea de atención en salud. Salir al terreno, por ejemplo con visitas domiciliarias, implica un sumergirse en la cotidianeidad de las personas, en su subjetividad. Y ello de por sí significa una tensión. En este sentido desde el Trabajo Social la intervención en terreno, en el domicilio de las personas, es constitutiva de la intervención profesional vinculada principalmente a las funciones de asistencia, educación y gestión. A esto, Oliva y Pagliaro (2015) plantean: "La visita implica cambiar de escenario, realizar un encuentro entre el usuario y el profesional, en un ambiente más "controlado" por el usuario. Se trata de su lugar conocido" (pg 88). Por lo tanto, implica insertarse desde otra perspectiva en otros aspectos de su subjetividad que no pueden ser observados desde la atención exclusiva en consultorio. Éste se constituye en otro punto interesante de la construcción de equipos de salud con anclaje territorial.

La particularidad de la participación social en salud en los equipos territoriales

Hasta aquí se ha trabajado en torno a la propuesta de la APS con sus aportes de integralidad y universalidad en la atención de salud, se han analizado algunos ejes de la normativa que implementa el trabajo territorial mediante equipos básicos de salud, criticando su reducción en disciplinas de carácter biomédico, y se ha compartido la experiencia de conformación de equipos territoriales en un CeSAC en particular. Por lo que, a continuación, tomando lo abordado en el apartado anterior en relación a la particularidad de la constitución y acción de los equipos territoriales en un efector del primer nivel de atención, las instancias de reflexión generadas por los equipos profesionales y el contexto de la rotación como

residente de Trabajo Social, es que se propone compartir algunas inquietudes, reflexiones y análisis conceptual acerca de la particularidad y la tensión que en el proceso de trabajo generan las acciones de participación social en salud.

Para comenzar, es necesario retomar algunas conceptualizaciones en relación a la APS. Con su desarrollo incorpora 3 pilares de acción fundantes para los equipos territoriales: la promoción, la prevención y la participación social en salud. Se entiende por prevención y promoción lo siguiente: “La prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en ésta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma (cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción en la salud).” (Vignolo, et al, 2011, 13). Entonces, la prevención aborda el control de enfermedades, mientras que la promoción incorpora a los determinantes sociales que inciden en la salud. Por lo que, la participación en salud, pareciera precisar de definiciones y acepciones más complejas, ya que incorpora ideas de procesos sociales y políticos. Se trabajará en torno a ella más adelante. Primero cabe preguntarse, ¿De qué manera se reflejan estos aspectos de la APS en las normativas que dan marco de acción a los equipos profesionales? Como se planteó anteriormente en la Norma SSAPAC-DGSCOM 01/16, se describen las actividades y funciones de los Equipos Básicos de Salud. Sólo dos de ellas remiten específicamente a actividades de promoción, prevención y participación en Salud. Éstos son:

- Desarrollar proyectos y acciones de promoción y prevención de la salud en el territorio.
- Motivar la participación social en la planificación, ejecución y evaluación de acciones en salud, garantizando espacios y mecanismos de apropiación.

Éstos objetivos se vuelven difíciles de alcanzar cuando se acompañan de una división tan desigual en cargas horarias para tareas de asistencia directa y actividades comunitarias.

Planteado este marco, ¿Qué se entiende por participación social en salud y cómo ésta es practicada en las intervenciones de los equipos profesionales, considerando estos aspectos normativos enumerados? Sin dudas, el eje de participación social en salud, es el que ha gene-

rado mayores inquietudes en los equipos territoriales, en cuanto a qué entendemos por ella, cómo promoverla, con qué recursos se cuentan, y por lo tanto cómo evaluarla.

Múltiples autores (Bronfman & Gleizer, 1994; Solitario & Garbus & Stolkiner, 2008; Delrio & Lobo & Spataro, 2010; Menéndez, 1998, Ugalde, 2006) han desarrollado escritos sobre la idea de participación social en salud. La misma ha sido criticada y re encausada reiteradas veces, sin embargo aún en la actualidad no se renuncia a ella como aspecto fundamental de las actividades de abordaje en APS. Su conceptualización la aborda como un objetivo y como un instrumento de aplicación y de reflexión teórico/metodológica. Es decir que es el medio y el fin en sí mismo, lo cual complejiza su análisis. A su vez, en conexión constante con los contextos políticos y sociales de las sociedades ha ido adquiriendo diferentes categorías para su análisis, con la particularidad de que en América Latina la misma adquirió características y modalidades diferenciales a otras partes del mundo.

En consecuencia, las definiciones de participación social propuestas post Declaración de Alma Ata colocaron el eje en los procesos de poder y en la toma de decisiones: “la participación social así definida tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de atención de salud, por cuanto significa ejercicio de poder y como tal fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base... Desde esa perspectiva la participación social equivale al proceso de reapropiación por la población, del conjunto de instituciones que regulan la vida social y de los servicios que representan” (Brofman y Gleizer, 1994, 15). En esta definición los autores incorporan la categoría de toma de decisiones y de poder, ya que la misma no es neutra por definición. Por lo que la participación social en salud aparece como mecanismo de ejercicio, donde los sujetos y sujetas experimentan su propio poder y sus posibilidades. En palabras de Menéndez (1998): “la participación social se va convirtiendo en una suerte de mecanismo generalizador que opera desde lo político hasta lo terapéutico” (pág. 9). Es decir que abarca campos de tensión como lo son la vida cotidiana y la arena de disputas por la construcción de políticas de salud. Asimismo, el autor agrega que: “la participación social aparece como uno de los mecanismos que pueden oponerse a lo institucionalizado, pero en la medida que dicha participación sea constante y continua.” (pág. 8). En consecuencia, la participación social en salud viene a tensionar con los estándares de atención tradicionales y hegemónicos, lo cual significa tensiones que en la prác-

tica concreta de la atención en salud se traducen en múltiples inquietudes sobre cómo generar los espacios participativos y cómo sostenerlos, cuánto cuestionamiento o reclamo al trabajo concreto se puede producir y qué respuesta se puede dar a ello como institución, cómo lograr un empoderamiento de la población en contextos sociopolíticos individualizantes y culpabilizantes, entre otras cuestiones. Preguntas que también han surgido en los equipos territoriales del efector.

Por otra parte, Menéndez (1998) agrega al analizar la participación social en salud que la misma se debe interpretar en diversos niveles de complejidad: "Si bien dicha participación se centró inicialmente en procesos meso y microsociológicos, en particular referidos a la participación comunitaria y a los grupos de auto ayuda, ulteriormente implicó la inclusión de procesos macrosociales." (Menéndez, 1998; 6). Es decir que se adaptó para abarcar necesidades colectivas, con acciones que abarquen niveles diferenciales según el encuadre, objetivos y poder de influencia en la subjetividad de las y los sujetos sociales. En este sentido, describe que "... se ha reconocido que es a nivel del grupo doméstico y de otros microgrupos, que se realiza el mayor número de actividades - incluidas las participativas- referidas al proceso de s/e/a, y que dichas actividades están centradas en la mujer en su rol de esposa/madre. (Menéndez, 1998, 16). Dicho planteo, no sólo incorpora una perspectiva de género, sino que también apunta a analizar las acciones concretas de participación de forma que puedan ser comprendidas en distintos niveles de grupos sociales. En sentido de lo expuesto en dicha definición, las familias se configuran como el principal núcleo de atención en salud, en particular en las mujeres como esposa/madre. Si bien, éste punto podría sugerir todo un análisis particular, en éste trabajo se propone analizarlo en términos de la inclusión de actividades participativas en salud. Este planteo habilita a preguntarse, de acuerdo a las actividades que realizan los equipos territoriales, ¿qué actores sociales son los principales recibidores de ésta participación social? ¿Hacia quienes se apuntan las actividades de participación? ¿Pueden distinguirse actividades concretas y reducidas a la exclusiva participación? Por lo relevado y reflexionado en los equipos territoriales se observó que apuntan principalmente a la realización de actividades de autoatención de salud y movilización de los recursos individuales para enfrentar las dificultades relacionadas con el proceso de SEAC. Es decir que, los equipos territoriales por su posibilidad de salida al terreno y su inserción en barrios donde la red de instituciones y organizaciones estatales y socia-

les es amplia, consideran como principal acción en el marco de la participación social, la creación de actividades de índole educativas que promuevan una cultura de la salud en la población. Por ejemplo, actividades que abarcan desde el reconocimiento de síntomas de enfermedades crónicas, hasta acciones de descacharreo o mejora del hábitat para evitar enfermedades. Es ante esto que se considera que las familias son el principal foco de intervención, ya que es allí donde las personas viven su cotidianeidad y su subjetividad.

Por otro lado, regresando a los análisis conceptuales Menéndez (1998) continúa describiendo los niveles en los cuales la participación social en salud puede ser desarrollada. Microgrupos y mesogrupos construidos refieren a aquellos grupos organizados intencionalmente para la realización de actividades inmediatas o a mediano plazo y suponen la producción de una organización formal momentánea o permanente. En ese sentido, , podría decirse que actualmente los equipos territoriales de salud no accionan directamente en estos niveles, pero sí se realizan actividades de articulación con organizaciones e instituciones barriales con el fin de construir una red. Sin embargo, en mucha de esas articulaciones no participan directamente las personas con las cuales se intervine. Podría inferirse que esto se debe, en parte, al corto tiempo de constitución de los nuevos equipos territoriales en el CeSAC de referencia. Se plantea entonces que uno de los obstáculos que impide la proliferación de actividades de participación social en salud de carácter macrosocial, es que fomentar el empoderamiento y la incidencia en la toma de decisiones no sólo toma un carácter local y meramente asistencial, sino que éstos permitirían a la población objeto incidir en la construcción de políticas, entrando así en la arena de disputas de poder que las gestiones de gobierno no desean abandonar. También, así no sólo constituirse en movimientos de salud permitiría construir políticas democráticas en esa área sino también en la política pública más general. Evaluar si una acción favorece a la participación social implica tener en consideración los efectos esperados. A esto Bronfman y Gleizer (1994) proponen: "La relación entre la participación comunitaria, sus consecuencias sociales y políticas y sus efectos sobre la salud dependen de las formas que la participación adquiera en la práctica. Es necesario, por tanto, tener claro, cuando se propone incluir a la participación en programas de salud, cuáles son los efectos que se espera tenga la participación y cómo se va a implementar para que, efectivamente, tenga los efectos esperados y exista correspondencia entre la concepción y la prácti-

ca de la participación.” (pg. 115). En consecuencia, estas posturas dejan la construcción de participación social en los macrogrupos (organizaciones más amplias como sindicatos, movimientos sociales en salud, etc.), ubicándolas como instancias de carácter más institucional y/o de gestión del CeSAC, así como a intereses personales de los profesionales. Participaciones que no se encuentran nombradas, ni propuestas en las reglamentaciones y normativas de regulación de las actividades de los equipos de salud, ya que éstas implicarían avalar su ingreso en la arena de disputa de poder gubernamental.

Para finalizar, si bien estos pequeños análisis y reflexiones grupales por parte de los equipos territoriales muchas veces dejan más dudas que certezas, no cabe duda que la producción de acciones de participación social por parte de los equipos se vuelve imprescindible como política de salud en una perspectiva integral. Como consecuencia este posicionamiento político, implica también garantizar una formación continua en la evaluación de los efectos que nuestras actividades cotidianas en los CeSAC generan en la población y los determinantes de su salud. Formación y discusión que es responsabilidad de las y los profesionales tanto como de quienes gestionan el sistema de salud. Esto significa sin dudas brindarse espacios para la reflexión de práctica profesional en salud. Por ello es interesante como análisis final, pensar a la participación en términos teóricos e ideológicos y no exclusiva y excluyentemente como una acción concreta.

Apreciaciones finales y conclusiones

Otra de las inquietudes que surge en los equipos territoriales, está relacionada con la imposibilidad de distinguir en lo concreto las actividades de los equipos enmarcadas en alguno de los tres ejes de la APS, sino que toda acción en salud los incluye. Toda actividad en terreno por parte de los equipos territoriales significa acciones en promoción, prevención y participación. Ya que éstas refieren a marcos teórico-conceptuales que engloban y dan sentido a las actividades.

Se entiende entonces que tanto la participación social en salud como la prevención y la promoción son herramientas que están en constante construcción y redefinición. Situación que genera tensiones, dudas e inquietudes en las y los profesionales de los equipos del sistema de salud, ya que la tarea cotidiana por su constante complejidad, llama a cuestionarse reiteradas veces las intervenciones en el campo de la salud.

En este sentido, se concluye que la participación social no es solamente hacer actividades comunitarias en los equipos territoriales. Ésta abarca todas las intervenciones realizadas desde la perspectiva de APS. Se puede tener participación en una instancia de consulta individual, fomentando el involucramiento de las personas en su propio proceso de SEAC, siendo siempre conscientes de que dicha problemática se enmarca no en una individualidad sino en su origen comunitario. El proceso de SEAC es una problemática social más amplia que los propios síntomas.

Es interesante en éste sentido, los aportes de Stolkiner, et al. (2011), quienes plantean que el desafío en las instituciones de salud con perspectiva en APS se encuentra en fomentar el acceso al sistema sin que esto implique la reducción de la atención a la medicalización. Es decir, que la APS no se convierta en simplemente la puerta de entrada al sistema medicalizante. Cuestionamiento que se han realizado desde los equipos territoriales y que abre a nuevas inquietudes tales como: ¿Qué garantizamos desde el equipo territorial? ¿Promoción de salud o Acceso al sistema de salud formal mediante un turno?

Participación social significa abrir el juego del campo de la salud a otros nuevos actores y actrices con poder de incidencia en las decisiones. Este pensar a la APS y sus tres ejes principales de abordaje tensionan la implementación de políticas individualizantes y mercantilizadoras de la salud, como por ejemplo la CUS. Cobertura que deja entrever una nomenclatura de prestaciones, reduciendo la asistencia sanitaria a acciones ahistóricas y descontextualizadas, fragmentadas, medicalizantes y que sobre responsabiliza a la población por su salud, aun siendo ésta un derecho universal.

Asimismo, podría inferirse que pensar las políticas de salud de ésta manera y en éste contexto sociopolítico, significa una reducción de la APS al Primer Nivel de Atención, deconstruyendo canales de articulación intersectorial integrales. En éste sentido Menéndez (1998) aporta que: “El problema está en comprender cómo a partir de dichas actividades articuladas o no con otras, puede constituirse un proceso de transformación que no se reduzca a la reproducción de la subalternidad.” (pg. 19) Es decir, que el desafío de la participación social también radica en pensar cómo pasar de una acción de salud concreta a un proceso social más ampliado que favorezca a una transformación de la cultura de la salud, en respeto de la singularidad de la vida cotidiana de las y los sujetos. Este es un aspecto que se relaciona con

lo planteado por De Sousa Campos (1998) en cuanto a incorporar la subjetividad en los procesos de atención de la salud. En este sentido surge de los equipos territoriales la siguiente inquietud: ¿Cómo es posible pensar en generar o incidir en un cambio en la cultura de salud de las personas si no se abordan aspectos relacionados con las condiciones socio-económicas y culturales en las que vive nuestra población?

Pensar en construir una cultura de la salud, significa trabajar con las subjetividades de las personas involucradas. Hacerlas partícipes de su propia salud significa empoderarlas. Considerarnos profesionales con una mirada en la APS implica abogar por la construcción de estrategias asertivas, colectivas y reflexivas en torno a la salud de la población. Este escrito pretende invitarles a construir salud para todas y todos.

Bibliografía

- Ase, I. y Buriyovich, J. (2009) *La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud?* Salud Colectiva, 5(1):27-47. Buenos Aires, Enero-Abril 2009.
- Bronfman, M., & Gleizer, M. (1994). *Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria*. Cuadernos de saúde pública, 10, 111-122.
- Delrío, V., Lobo, A., Spataro, G. (2010) *Intersectorialidad y participación social: los procesos de tomas de decisiones en una red territorial* 3er Congreso de Atención Primaria de la Salud, GCABA.
- Iriart, C. (2016) *El sistema de salud de los Estados Unidos: Mitos y Realidades* (Parte I), Saúde em Red, 2 (1): 07-21.
- Laurell, A. (2012), Sistema Universales de Salud: Retos y Desafíos. Conferencia «Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos», ISAGS el 21 de febrero de 2013. Disponible en: https://issuu.com/isagsunasur/docs/sistemasuniversalesdesaludretosydesafios_/2
- Menéndez, E. (1998). *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado*. Cuadernos médico sociales, 73, 5-22.
- Oliva, A. y Pagliaro, S. (2015) Características de las Visitas Domiciliarias En: Oliva, A. y Mallardi, M. *Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*, Tandil, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. L., & Gofin, J. (2010). *Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública*. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria, 24, 23-27.
- Rovere, M. (2012). *Atención primaria de la salud en debate*. Saúde em Debate, 36, 327-342.
- Solitario, R., Garbus, P, Stolkiner, A. (2008). *Derechos, ciudadanía y participación e salud: con la accesibilidad simbólica a los servicios* Anuario de Investigaciones, XV(),263-269.[fecha de Consulta 29 de Enero de 2020]. ISSN: 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139944025>
- Sousa Campos, G. (1998) *Equipos Matriciales de Referencia y Apoyo especializado: Un Ensayo Sobre Reorganización del Trabajo*. Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas. UNICAMP. Disponible en: <https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>. Consulta 5 febrero 2020.
- Stolkiner, A., Comes, Y, & Garbus, P. (2011). *Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(6), 2807-2816. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600019>
- Ugalde A., (2006) *“Un acercamiento teórico a la participación política de las mujeres se sectores populares en Ecuador”*. En: Spinelli H. y Menéndez E. Participación social ¿Para qué?, Lugar Editorial, 1ra ed. Buenos Aires.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C. y Sosa, A. *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Arch. Med Int [online]. 2011, vol.33, n.1, pp.7-11. ISSN 0250-3816.

Fuentes documentales

- Informe Censo Barrio Padre Rodolfo Ricciardelli (2018), Instituto de la Vivienda de la Ciudad, CABA, (no publicado).
- Ley N°153. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 25 de febrero 1999, CABA, Argentina. <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley153.html#:~:text=Ley%20153%20%2D%20Ley%20B%20C3%A1sica%20de%20Salud%20%2D%20REGLEMENTADA&text=Art%3%ADculo%201%20%20BA.,acciones%20conducentes%20a%20tal%20fin.>
- Ministerio de Salud CABA. (2016) Norma SSAPAC DGSCOM 01/16 Equipos Básicos de Salud, Dirección General de Salud Comunitaria, CABA, Argentina.
- Ministerio de Salud CABA. (2017) Análisis de Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CABA, Argentina.
- Ministerio de Salud CABA, (2017) Plan de Salud CABA 2016-2030, CABA, Argentina.
- Ministerio de Salud Nación (2004) Bases del Plan Federal de Salud. (Documento Institucional, n° 1). Poder Ejecutivo Nacional, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma Ata.

Artículos seleccionados

Representaciones de los equipos de salud sobre cuidados en la primera infancia

Teveles Daniela^a, Levisman Natacha^b, Musi Daiana^c y Ferreira Déborah^d

Fecha de recepción:	12 de marzo de 2021
Fecha de aceptación:	3 de junio de 2021
Correspondencia a:	Teveles Daniela
Correo electrónico:	danuteveles@gmail.com

- a. Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social CABA.
- b. Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social CABA.
- c. Lic. en trabajo social. Residencia de trabajo social CABA.
- d. Lic. en trabajo social. Instructora de la residencia de trabajo social CABA.

Resumen:

El trabajo de investigación que se presenta es producto del proyecto transversal anual de la Residencia de Trabajo Social del Hospital "Juan A. Fernández" (CABA), durante el período 2019-2020. El mismo buscó analizar las representaciones sociales de los equipos de salud, respecto a la organización de los cuidados de niños de 0 a 5 años que reciben atención en el Hospital Fernández y el CeSAC N° 21 de la CABA.

La perspectiva teórica-metodológica llevada adelante es de origen cualitativo, con el objetivo de arribar a un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, de corte transversal/sincrónico. Como técnica de recolección de datos, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a profesionales que trabajan en las instituciones mencionadas y las notas de campo surgidas de la observación participante de las investigadoras.

El trabajo se organizó en 4 capítulos, recuperando los objetivos de la investigación: representaciones de lxs profesionales acerca de la responsabilidad en la resolución de los cuidados de niñxs; roles de género y feminización de los cuidados; el cuidado en intersección con los conceptos de clase y nacionalidad; y por último, lectura transversal de lo desarrollado a partir del análisis del abordaje de los equipos de salud respecto a la temática.

Los principales resultados esbozan las múltiples desigualdades que atraviesan los cuidados en la primera infancia, marcando una accesibilidad diferencial a derechos de quienes son cuidadxs, como también, de quienes cuidan. La categoría de cuidados, en relación a las categorías de género-clase-etnia, permite reflexionar acerca de la dimensión social de los cuidados y de ciertos límites que se presentan en el abordaje de situaciones por parte de lxs profesionales, permitiendo visualizar la necesidad de unificar criterios de abordaje que no limiten ni perjudiquen intervenciones de atención sanitaria, ni refuerzan la idealización de la maternidad y familiarización/feminización de los cuidados desde los equipos de salud.

Palabras clave: Organización social de los cuidados - Representaciones sociales - Equipos de salud.

Summary

The research work presented here is a product of the annual transversal project of the Social Work Residency at the "Juan A. Fernández" Hospital (CABA) during the 2019-2020 period. The aim of the study was to analyze the social representations of the health teams regarding the organization of the care of children from 0 to 5 years of age who receive care at the Hospital Fernández and y el CeSAC N° 21, CABA.

The theoretical-methodological perspective is qualitative, with the aim of arriving at an exploratory and descriptive study of cross-sectional/ synchronic type. As a data collection technique, semi-structured interviews were conducted with professionals working in the aforementioned institutions and field notes were taken from the researchers' participant observation.

The work was organized in 4 chapters, recovering the objectives of the research: representations of professionals about the responsibility in the resolution of child care; gender roles and feminization of care; care in intersection with the concepts of class and nationality; and finally, a transversal reading of what was developed from the analysis of the approach of health teams to the subject.

The main results outline the multiple inequalities that cross early childhood care, marking a differential access to rights for those who are cared for, as well as for those who care for them. The category of care, in relation to the categories of gender-class-ethnicity, allows us to reflect on the social dimension of care and certain limits that arise in the approach of situations by professionals, allowing us to visualize the need to unify approach criteria that do not limit or undermine health care interventions, nor reinforce the idealization of motherhood and familiarization/feminization of care from health teams.

Key words: Social organization of care, social representations, health teams.

Introducción

El trabajo de investigación realizado es producto del proyecto transversal anual de la Residencia de Trabajo Social del Hospital “Juan A. Fernández” (CABA), durante el período 2019-2020. El mismo buscó analizar las representaciones sociales¹ de los equipos de salud, respecto a la organización de los cuidados de niños de 0 a 5 años que reciben atención en el Hospital Fernández y el CeSAC N° 21 de la CABA. Se tomaron en cuenta cuatro ejes fundamentales: la responsabilidad en la resolución de los cuidados de niños; roles de género y feminización de los cuidados; el cuidado en intersección con los conceptos de clase y nacionalidad; y por último, una lectura transversal de lo desarrollado a partir del análisis del abordaje de los equipos de salud respecto a la temática.

La elección del tema se basa en la construcción de intervenciones en el Área materno-infantil del Hospital, como también, en la atención brindada en el CeSAC N°21, en el marco de las rotaciones que realiza la residencia, y las instancias de reflexión realizadas sobre la temática como parte de la formación. Dichos espacios sirvieron como puntapié para pensar el modo en que determinados factores inciden al momento de elaborar estrategias de intervención en relación a los cuidados en la primera infancia y en las redes de apoyo que acompañan procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados de niños de 0 a 5 años.

La relevancia de este estudio radica en dilucidar cómo desde el ámbito de la salud se piensa el cuidado de niños, en un escenario que actualmente posiciona al mismo como responsabilidad familiar y privada, y dentro de este recorte, como prerrogativa de las mujeres, reproduciendo así una estructura social desigual, modelos sociales estratificantes y en dirección opuesta a la legislación vigente en materia de derechos sociales. Producir conocimiento respecto a esta temática podría colaborar a reflexionar sobre los discursos, creencias y valores de los profesionales y prefigurar nuevas prácticas que reviertan la situación actual.

El abordaje metodológico llevado adelante en el trabajo de investigación fue cualitativo, con el objetivo de arribar a un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, de corte transversal/sincrónico. Como técnica de recolección de datos se realizaron 8 entrevistas semi-estructuradas a profesionales de los equipos de salud del Hospital Fernández y del CeSAC 21 que trabajan con primera infancia, pertenecientes a las especialidades de Trabajo Social, Psicología, Pediatría, Medicina General, Neonatología, Enfermería y Fonoaudiología.

Se realizaron 4 entrevistas en atención primaria de salud (Cesac) y 4 en segundo nivel de atención (Hospital), para recuperar ambas experiencias y sus variantes por las formas de organización de los equipos profesionales, como también por la población que acude a cada efector.

La población que asiste al Hospital de forma regular son personas que se atienden en el sistema público de salud y viven en las inmediaciones del mismo, fundamentalmente en la comuna 2, 14 y parte de la comuna 1. Podemos mencionar un número importante de consultas y seguimientos de personas inmigrantes. En lo que refiere a la población que se atiende en el cesac 21, la misma está enmarcada por el área programática sobre la cual se organiza el Subsistema Público de Salud, para desarrollar la estrategia de atención primaria. El Cesac 21 está ubicado en la entrada de la Villa 31 (Retiro) y su población de referencia vive en el barrio Güemes. Hay un número importante de consultas de personas inmigrantes, en su mayoría provenientes de países limítrofes. Las personas que se atienden generalmente tienen pocos recursos económicos, trabajos precarios y condiciones habitacionales de hacinamiento.

Otro insumo para el análisis fueron las notas de campo surgidas de la observación participante de las investigadoras en dichas instituciones en el período 2019-2020. El hecho de que las autoras del presente trabajo se encuentren inmersas en la práctica profesional de manera cotidiana en las instituciones analizadas las ubica en un lugar privilegiado de observación participante del cual se desprenden algunas de las conclusiones esbozadas sumando complejidad y riqueza al análisis.

1. Tomamos la categoría conceptual de representaciones sociales en tanto nos permite abordar la forma mediante la cual personas y grupos obtienen una lectura de la realidad y, además, toman una determinada posición en relación a ella (García Melchor, et al. 2010). Al ser una construcción socio-histórica, la comprensión de las representaciones sociales, como parte del universo simbólico y sus condiciones de producción, se juega en el terreno del discurso y también en la forma que adquieren las prácticas profesionales (Oberti, 2015).

La responsabilidad de cuidar, entre lo ideal y lo posible

En este primer eje se abordará la responsabilidad en la resolución de los cuidados de niñas. Partimos de comprender el cuidado como aquellas "actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas" (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015, p. 105), que incluyen: el autocuidado; el cuidado directo de otras personas dependientes o no (la actividad interpersonal de cuidado); la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (limpieza de la casa, compra y preparación de alimentos); y la gestión del cuidado (coordinación de horarios, traslados, supervisión del trabajo de la cuidadora remunerada, etc.).

Estas actividades configuran relaciones entre diferentes ámbitos de la vida social a través de las cuales se producen y reproducen los sujetos y las sociedades. Por eso, hablamos de la organización social del cuidado (OSC), al referirnos a la forma interrelacionada en que las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias (Esping Andersen, 1993; Razavi, 2007), producen y distribuyen dicho cuidado que resulta de un proceso continuo donde convergen actividades, trabajos y responsabilidades. Esto conforma un diamante del bienestar, en el que el Estado cumple una doble función en tanto proveedor de cuidados y regulador del equilibrio de responsabilidades entre estas cuatro esferas (Aguirre, 2005).

Las profesionales entrevistadas para esta investigación consideran en su mayoría que el cuidado ideal para la primera infancia se desarrolla en el ámbito familiar, seguidos por los jardines públicos pertenecientes a la esfera del Estado. El mercado expresado en jardines privados o servicios de cuidado en el hogar aparece como opción económicamente inaccesible para la población con la que las profesionales entrevistadas trabajan, y lo comunitario o voluntario, desde un lugar algo más invisibilizado, como algunas ayudas de vecinas que las mujeres puedan recibir. A su vez, reconocen que el cuidado no se desarrolla en un sólo lugar, sino que se debe articular entre varios actores:

Y el cuidado ideal, no sé si sería en un solo lugar, porque ya me parece que si el niño está en un solo lugar ya no sería ideal. Estaría bueno que pueda estar en distintos ámbitos y expuesto a distintas personas que puedan ir enseñándole distintas cosas. Por ahí en la comunidad

sería el ideal ¿A cargo de quién? De un conjunto de personas, tanto de la familia, o de las personas que mantienen un vínculo afectivo, de las que personas que fueron criando a lo largo de la vida, pero también de integrantes del servicio de salud, del sistema educativo, de otras organizaciones de la comunidad que también le puedan ir brindando distintos conocimientos, apoyos, sostenes (Entrevistada N° 3).

Sin embargo, y a pesar de reconocer ese entramado, a lo largo de las entrevistas los discursos terminan legitimando la familiarización de los cuidados, y confirmando el lugar de responsable principal de la mujer en los mismos, el cual se reconoce y problematiza pero aparece como inmodificable en tanto se prioriza el lugar de los cuidados poniendo en primer lugar a la familia, una familia patriarcal cisheteronormativa, y dentro de ella a la madre.

Se trata de que el cuidado sea en domicilio pero muchas tienen que recurrir a guarderías, si el cuidado es dentro de la familia o afuera según la situación de la madre, de los padres. Guarderías públicas, privadas... en general por el medio social que tenemos nosotras son todos públicos, no van a guardería paga (Entrevistada N° 7). Desde los equipos profesionales se intenta acompañar la sobrecarga que se reconoce sobre las familias y que recae particularmente en las mujeres, dando lugar a la complejidad que se presenta entre "lo ideal y lo posible", que se expresa en cada situación de manera particular, y pensar estrategias junto con las familias sobre cómo llevar adelante ese cuidado de la mejor manera posible, a la vez que desarmar los roles y estereotipos del modelo familiar patriarcal cisheteronormativo.

Al indagar respecto al rol del Estado en su doble función de proveedor y regulador de los cuidados, aparece la cuestión de la escasez de vacantes en Centros de Primera Infancia. A esta ausencia del Estado la suplen las madres: "En buena medida, es a través del trabajo no remunerado realizado en el ámbito familiar –y por parte de las mujeres– que se compensa y equilibra el déficit que se produce en términos de provisión de servicios por parte del Estado y de la oferta de empleos de calidad por parte de los mercados" (Esquivel, Faur y Jelin, 2012, p. 32). Esto es lo que profundiza la familiarización y feminización de los cuidados en las situaciones analizadas.

La noción de desfamiliarización, combinada a la de des-mercantilización, permite observar de forma más

profunda el grado en el cual las políticas públicas facilitan la provisión y el acceso a servicios de cuidado, redistribuyendo la función social del cuidado entre distintas instituciones públicas y privadas, y por tanto, logrando mayores niveles de equidad entre los géneros, sin que ello suponga necesariamente un costo económico para las familias (Esquivel, Faur y Jelin, 2012, p. 33).

Gran parte de la población atendida por las profesionales entrevistadas se encuentra en empleos informales, por lo que carecen de licencias por maternidad y paternidad tal como la ley de contrato de trabajo indica. Esto implica que, en la esfera del mercado, los servicios privados de provisión de cuidados resultan inalcanzables por lo que es más efectivo renunciar al trabajo para cubrir las necesidades de cuidado recayendo en procesos de feminización de la pobreza en tanto son las mujeres las que renuncian al mercado laboral para asumir las tareas de cuidado. Así lo expresaba la entrevistada N°3: “Ellas necesitan salir a trabajar pero no pueden porque no tienen con quien dejarlos”. Entonces, no sólo desde el sistema de salud se naturaliza la familiarización del cuidado, sino que desde el Estado y el mercado no se brindan otras opciones posibles.

La complejidad del tema está anclada en la multiplicidad de actores, instituciones y sectores que participan en el proceso de cuidado: se trata de diversos sectores de las políticas públicas (políticas de bienestar, educación, salud, etc.), de los servicios ofrecidos en el mercado, de todas las tareas domésticas visibles e invisibles, de la contribución de tareas realizadas a través de organizaciones sociales diversas, entre las cuales se cuentan -aunque no exclusivamente- las familias (Esquivel, Faur y Jelin, 2012, p. 12).

La dificultad aparece en lo que más adelante las autoras nombran como una idealización de la maternidad y el familismo, que es funcional a la reducción de costos y cumple un lugar instrumental pero también ideológico (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). Entonces si desde el trabajo con niños y familias en la primera infancia no se problematiza el lugar que ocupa el cuidado en contexto, se corre el riesgo de ser funcionales y cómplices con esta lógica de la política pública, de reducción de la oferta estatal de cuidados, de responsabilización de las familias y de refuerzo de múltiples desigualdades.

Sobre los roles de género y la feminización en los cuidados

En el presente apartado se abordarán los roles de género y feminización de los cuidados. Al referirse a los roles de género, se parte de entender a este como una construcción humana y social, y por lo tanto la asignación de roles según esta forma parte de dicha construcción y refuerza una forma de pensar y actuar que cumple funciones de normalización y naturalización en la vida cotidiana de los sujetos.

Al analizar las entrevistas se puede dar cuenta de que la totalidad de las mismas, tanto del Cesac como del Hospital, refieren como cuidadora principal a la madre (una mujer) y en una de las entrevistas se especifica a la madre u otras mujeres de la familia. Por ejemplo, y en línea con lo desarrollado anteriormente, se observa que al preguntar por cómo se resuelve la distribución de los cuidados dentro de la familia, responden: “Alto porcentaje madre... madre o mujer de la familia, abuela, tía, la hermana” (Entrevistada N°5); “Acá la realidad es que lo que más veo son las madres en el rol principal del cuidado” (Entrevista N°2); “Bueno, en general el cuidado está a cargo de la madre” (Entrevistada N°7). En este sentido, las respuestas reafirman el rol de las mujeres como cuidadoras, vinculado a la asignación de roles por género que históricamente ha asignado a las mujeres las tareas de cuidados y reproducción.

Recuperando los aportes de R. Enríquez y Marzonetto (2015), se puede observar que aparecen dos grandes factores que operan en la feminización de los cuidados. Por un lado respuestas vinculadas a la división sexual del trabajo, la cual asignó que el trabajo de cuidado es distribuido de forma desigual entre varones y mujeres, dando cuenta de la subordinación de las mujeres como responsables de estas tareas de producción y reproducción, lo que impacta en una menor y peor participación en el mercado laboral. Y por otro lado respuestas vinculadas a “virtudes” o “capacidades” en relación a lo afectivo o biológico, que fueron instaladas y naturalizadas históricamente.

En algunos de los relatos de las entrevistadas, se visualiza la relación entre la asignación de rol de cuidadora con la distribución del lugar que ocupan hombres y mujeres en el mundo del trabajo:

Los roles creo que casi naturalmente son bastantes diferentes. La mujer en realidad amamanta, la mujer nutre, la mujer aporta una parte mucho más amorosa y el papa a veces tiene la función del sostén de ese dúo (...) puede ser un hombre o una mujer, es independiente, pero lo importante es que sea un sostén económico (...). La mamá y el bebé forman una díada, y el padre es como la ley simbólicamente hablando, de hacer en algún momento el corte y de sostener a la madre (Entrevistada N°6).

En la entrevista 6, la profesional manifiesta que el rol del padre puede ser ocupado de forma indistinta tanto por un hombre o por una mujer, pero sigue haciendo referencia a un rol diferencial de la madre (mujer), recuperando la paternidad históricamente masculinizada y en la cual se deposita un poder del padre sobre esa madre y ese niñx.

Otro punto que emerge de las entrevistas, es la hetero-cisnormatividad y en este sentido cómo la orientación sexual sigue siendo considerada bajo esquemas funcionales y binarios. Por ejemplo en una de las entrevistas se comenta:

En privado es más fácil ver parejas homosexuales de dos mamás o de dos papas pero en realidad ya tienen establecidos los roles, incluso yo lo veo en privado que he tenido varias parejas de dos mamás, donde los roles están también bastante marcados (Entrevistada N° 7).

A lo largo de las entrevistas, como se visualiza en los fragmentos antes citados, se pueden señalar distintos elementos que dan cuenta de una naturalización histórica de las funciones y/o tareas asignadas a los géneros, que persisten frente a los distintos procesos de visibilización y lucha por parte de las mujeres y disidencias. En las entrevistas se buscó indagar a las profesionales respecto de si notan cambios en relación a la participación de los padres (varones) en los cuidados de lxs niñxs y si estos cambios están vinculados a la lucha feminista. En este sentido la mayoría de las entrevistadas marca una diferencia de estos cambios en relación a la clase y no visualizan cambios concretos en la OSC.

Asimismo, al pensar estos avances, las profesionales lo relacionan principalmente a cambios vinculados con tres temáticas: violencia de género, posibilidad de decisión en sus derechos (no) reproductivos y conformaciones disidentes en las familias. El siguiente fragmento visualiza uno de estos puntos: "Las denuncias por vio-

lencia de género y la famosa perimetral y todo eso está como más en auge digamos. La denuncia está más a la luz, no es tan raro, no da tanta vergüenza decirlo" (Entrevistada N° 1).

A partir de lo expuesto, podemos concluir que históricamente se han asignado distintas funciones a las personas acorde a su identidad de género y en esta distribución las mujeres serían las cuidadoras fundamentales de lxs niñxs. Esto es fundamentado por múltiples argumentos, que van desde los biológicos hasta la incorporación en el mercado de trabajo. Si bien en muchas entrevistas comienzan a visualizar y desnaturalizar este rol, en muchas respuestas se sigue fortaleciendo la necesidad de que existan dos roles bien diferenciados en la crianza, los cuales siguen reproduciendo la feminización de los cuidados otorgando el lugar de trabajador y proveedor al varón y de cuidadora de la casa y niñxs a las mujeres.

Análisis interseccional de las relaciones que atraviesan el cuidado

En este subtítulo se realizará un análisis del cuidado en intersección con la clase y nacionalidad. Para esto un concepto que surge de las entrevistas es el de cultura, la cual entendemos como "conjunto de procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación en la vida social" (García Canclini, 2004, p. 34).

Así lo deja entrever una de las entrevistadas del Cesac:

"Hay cuestiones que exceden porque es muy cultural. Esto se hace así porque así lo hizo mi mamá y ellos vienen con esa impronta y es como difícil romper eso" (Entrevistada N°1). Esta cita permite realizar un acercamiento a una idea en tensión acerca de una supuesta cultura que se trae como identidad, propiedad, esencia del país del cual se proviene -o del cual la familia emigró- y una cultura nacional local que debe ser transmitida, insistida, enseñada. La noción de "es difícil romper con eso", habla de una ruptura entre lo aparentemente constitutivo del sujetx y lo que se quiere "introducir".

Se describe como una idea en tensión ya que no todxs lxs profesionales entrevistadxs lo proponen así. En las palabras de algunxs puede interpretarse esta visión y en otrxs una noción más flexible, haciendo una valoración en términos más paritarios de las "culturas" que se portan y las que se transitan en un país y en otro.

Existen múltiples elementos que se van desglosando de este análisis. Uno de ellos es el problema que se genera en torno a la comunicación. En varias entrevistas se manifiesta el uso de múltiples lenguas o de lenguas originarias como un conflicto a la hora de poder entablar diálogos entre profesionales y usuarixs pero también en la crianza de lxs niñxs. En palabras de una de las trabajadoras del Cesac: “Me pasa con el lenguaje lo del bilingüismo, que hablan quechua, aymará, guaraní. Y cuando un chico tiene problemas de lenguaje, si encima le hablan otra lengua, se pueden confundir” (Entrevistada N°1). Si bien el lenguaje es fundamental para la comunicación cotidiana de forma eficaz, la pregunta sería cómo se construye una comunicación productiva que no elimine la historia y la identidad que lxs migrantes eligen o portan.

El encuentro de diferentes lenguas se presenta como un problema básico de comunicación para entenderse entre profesionales y usuarixs. La barrera comunicacional, aparece muchas veces entonces, como barrera de accesibilidad, en tanto posibilidad de entender, preguntar, aceptar, consentir, explicar. En cierta forma, cuando este problema no es abordado con intención de resolverlo en la medida de lo posible humanizando la práctica, abona por un lado a objetualizar al sujeto, y por otro, a volver ineficiente el vínculo profesional- usuariix.

La idea de un tipo de cultura válida sobre otra, o una cultura a la cual hay que adaptarse, habla asimismo de un tipo de cuidado y tipo de forma de relacionarse válidas y unívocas. Frases como “cumplir con las pautas” (Entrevistada N°5), o “hay mucha cuestión cultural difícil de sacar” (Entrevistada N°1), dan cuenta de esto.

Pensar en lógicas de cuidado también implica plantear el respeto por la elección acerca de cómo esos cuidados se llevan adelante, sobre todo porque hay comunidades que independientemente de su localía, experimentan formas de cuidado que permiten democratizarlos, socializarlos, delinear otras maneras que depositar toda la responsabilidad en la familia nuclear. Así lo expresa una de las médicas del Cesac: “hay algo también del grupo de mujeres que se juntan entre las madres, las abuelas, las tías, todas juntas, entre todas crían a los hijos de todas” (Entrevistada N°3).

Aparece también en algunos enunciados una suerte de confusión o mixtura de algunas nociones como cultura, educación y división sexual del trabajo. Si bien esta última se podría asociar más a la pregunta referida a la

situación socioeconómica de las familias y cómo influye en la distribución de cuidados, resulta repetida en las consideraciones sobre “lo cultural”. Esto nos permite pensar desde una perspectiva interseccional, dando cuenta que los análisis que podamos realizar sobre los cuidados no pueden escindir la clase, el género y la etnia/raza.

La apuesta interseccional, al disputar la noción de una posición política atada a una forma singular de identidad (por ejemplo, género, etnicidad, raza, clase social, etc.), se asienta en la necesidad de recuperar las experiencias de los grupos subordinados y las relaciones de poder que enfrentan en diversos contextos socio-históricos. Pero, además, la interseccionalidad viene a complejizar la concepción de género al concebirla una dimensión entre otras dentro del complejo tejido de las relaciones sociales y políticas (Magliano, 2015, p. 694).

Esto se despliega en algunos fragmentos de entrevistas:

“Pero creo que aparte de lo económico es lo cultural... la educación, no la cultura” (Entrevistada N°6).

Tener desventajas sociales hace que tengan peor evolución los pacientes porque no tienen acceso a la salud tan rápido, el nivel educativo de los padres es fundamental, esta netamente relacionado con la evolución posterior, los pacientes que tienen mayor nivel cultural, desde el punto de vista del acceso a la escuela, no es lo mismo tener un nivel de primario de educación a tener un nivel de secundario (Entrevistada N°7). Esto muestra una conexión que enlaza lo que llama “económico” (situación material, posición en las relaciones sociales de producción y reproducción), lo “cultural” (lo subjetivo, el sentido común hegemónico construido para sostener esa materialidad) y lo “educativo” (aquello que se enseña desde la familia y desde las instituciones).

En ese sentido, cuando se indaga en la influencia que lxs profesionales consideran que tiene la situación socioeconómica de las familias de lxs niñxs, todas afirman que impacta en la resolución de sus cuidados y en las formas en que puede llevarse adelante, y lo relacionan también al estado físico de salud, es decir a la capacidad de prevención de ciertas enfermedades. Así lo describe una de ellas:

A veces vienen con ojotas en pleno invierno porque no tienen otra cosa, y si terminan resfriados no vienen a la consulta. O que tengan hambre, me ha pasado, o con

muchísimo frío, que vienen con muchas mantas y acá se sacan todo, porque en la casa se corta la luz. Lamentablemente sí, a todos nos influye, no es lo mismo (Entrevistada N°1).

Existe otra variable, que se relaciona con lo anterior, que es la noción de que la mujer trabajadora debe hacer malabares entre poder cumplir con su jornada laboral fuera del hogar y la que parecería corresponder sin cuestionamientos, dentro del mismo. Es decir, como portadora intrínseca de la responsabilidad del cuidado de lxs niñxs, la mujer madre y trabajadora debe lidiar con sus -por lo menos- dos jornadas laborales extra e intradomésticas.

Para el cuidado sí, porque vos imagínate que si la mamá tiene al bebé chiquitito, no puede trabajar y ella con su trabajo podía mantener una economía para dar de comer a su bebé, va a influir, porque ella no puede trabajar, tiene que cuidar al bebé, y pienso que si para el cuidado sí influye (Entrevistada N°8).

Podría concluirse que tanto aquello que es identificado como "cultura", como la situación socioeconómica que atraviesan las familias, resultan en las entrevistas a los profesionales factores condicionantes a la hora de resolver los cuidados de niñxs en la primera infancia. La educación, como parte de esa "cultura" pero también como medio de acceso a mejores condiciones de vida, de entendimiento y de aprehensión de maneras de cuidar, entrecruzan todos los relatos.

Abordaje del equipo de Salud

En este apartado se analiza el abordaje que realizan los equipos de salud como categoría transversal a los distintos ejes anteriormente desarrollados, intentando visualizar la estrecha relación que existe entre las representaciones sociales relativas a los cuidados en la primera infancia y las estrategias de intervención que elaboran lxs profesionales de la salud. Entendiendo que las prácticas socio-sanitarias, en contexto de internación, episodios agudos o tratamientos ambulatorios relacionados con el proceso salud- enfermedad- atención- cuidado (PSEAC) de la primera infancia, pueden poner de manifiesto una trama compleja en la configuración de aspectos subjetivos relativos a la atención y cuidados de la salud de sujetos-pacientes, sus familias o redes de apoyo, consideramos no solo lo que las profesionales entrevistadas entienden por cuidados en la primera infancia,

sino también, cuáles son las cuestiones que tienen en cuenta al momento de la atención, modalidades de trabajo y tensiones o contradicciones que se presentan al interior de los equipos.

De las entrevistas realizadas se desprende que, en su mayoría, las profesionales entienden al cuidado en la primera infancia de forma integral, es decir que lo vinculan no sólo con cuestiones de índole físicas, relativas a los cuidados de situaciones de salud/enfermedad, sino que incorporan en sus discursos la importancia de cuestiones socio-culturales, económicas, habitacionales, vinculares y de concreción de derechos.

Cubrir las necesidades básicas de los chicos (...) no solo tiene que ver con la alimentación, la vestimenta, y todo eso, sino también con la estimulación, con lo emocional, con sostener, con el vínculo, con que el padre, la madre que se haga cargo del bebé. Y bueno (...) también si uno respeta al niño en su totalidad, los derechos del niño: llamarlo por un nombre, tener una identidad, todas estas cuestiones que están implícitas (Entrevistada N°1). Esas "cuestiones implícitas" que menciona la entrevistada, se podrían relacionar con aspectos subjetivos que se ponen de manifiesto y que configuran la relación profesional-usuarix, al tenerse en cuenta al momento de la atención y de evaluar estrategias de intervención. La mayoría de las entrevistadas refiere brindar recomendaciones, consejos, contención, manifestar fomentar buenos vínculos y prácticas, reforzar ideas de que el cuidado no solo depende de la madre, vinculando su labor también a cuestiones de índole "educativa". Algunas mencionan que no son madres, entonces fomentan el encuentro entre madres, entre cuidadoras que atraviesan situaciones similares o bien pueden compartir sus experiencias y reconocerse, permitiendo instancias de reflexión en las cuales también participan, porque se interpelan ciertas prácticas, imaginarios, conocimientos y el "no saber".

El rol de nosotras como médicas no es el mismo, más que nada porque la mayoría no tenemos hijos, no tenemos experiencia, hablamos como desde lo académico y entre ellas por ahí se dicen otros conocimientos (...) están acostumbradas a tener la voz de otra mujer que sabe, que crió a otros hijos (...) a nosotras también nos hacen pensar como profesionales y en general como personas, cosas que no se te ocurrían (...) ella viene y te dice mira en Perú le damos pescado, apenas nace le damos ceviche, bueno buenísimo, no sé (Entrevistada N° 3).

En líneas generales, las entrevistadas refieren trabajar con “lo que se puede”, con lo “posible”, siendo conscientes de que existen ciertos límites en la intervención, en tanto hay cosas que “no podemos dar” o “no podemos cambiar”, relativas a cuestiones socio-culturales, económicas, habitacionales, entre otras.

Las sociedades van cambiando y vos tenes que ir acompañando (...) nos frustramos todo el tiempo, pero hacemos todo para hacer lo mejor para esa persona (...) no lo que yo desearía. Yo te puedo decir lo que desearía pero sería un mundo que no es real (Entrevistada N° 6).

En estas instancias de reflexión o de interpelación de ciertas prácticas surgen también tensiones o contradicciones, tanto personales como con el equipo de salud. Por un lado, se problematiza la diferencia de criterios entre disciplinas al momento de evaluar situaciones, sobretudo, ante cuestiones socio-culturales o relativas al rol materno y la jerarquización del mismo por sobre el rol del padre, al pensar en cuidados de la primera infancia. Por otro lado, se percibe la influencia de ciertas representaciones sociales y prejuicios, miradas sesgadas o parciales frente a alguna situación que limitan o perjudican el abordaje integral de situaciones, como así también complejidades o limitaciones al momento de intervenir en situaciones de violencia o de consumo de sustancias, evidenciando dificultades en la materialización de políticas públicas en el marco de la normativa legal vigente en materia de niñez y adolescencia.

Se problematiza cuando no está la mamá... O sea muchas veces es el papá el que viene, y lo que preguntan es dónde está la mamá (...) muchas veces pasa que el papá es el que en ese momento no está trabajando o perdió el trabajo, y es la mamá la que sostiene económicamente, pero como que acá se problematiza al revés (Entrevistada N°5).

Esto deja entrever la influencia de ciertas representaciones sociales y prejuicios que, según la entrevistada, despliegan un “doble trabajo”, en una primera instancia con la familia, por la situación socio-sanitaria que presenta, pero también con el equipo médico, al tener dificultades para unificar criterios de intervención, ya sea por seguimiento de la situación, medidas de protección o determinar un egreso hospitalario, entre otras.

Al diferenciar el abordaje profesional entre el primer y tercer nivel de atención, se observa que, en su mayoría, las intervenciones que se realizan desde el ámbito

hospitalario son más instrumentales o focalizadas en los cuidados de enfermedades crónicas, en salas de internación y su posterior egreso, brindando una atención más individualizada, direccionada a incumbencias de índole “curativas”, y con cierta dificultad para entablar espacios grupales donde abordar cuestiones de cuidado, para las personas cuidadoras. En este sentido, la influencia de los imaginarios, creencias, subjetividades, posiciones de poder e intereses de profesionales de la salud, puede entrar en tensión con la OSC en el tránsito de una situación socio-sanitaria, en tanto “si la institución hospital define sus incumbencias como estrictamente curativas, la cuestión del cuidado tensiona las prácticas y los sentidos instituidos” (Moran y Pratto, 2014, p.323).

En comparación, desde el primer nivel de atención, se destacan los beneficios de las intervenciones grupales que realizan, fomentando el encuentro entre personas e instancias donde comparten experiencias, con la intención de generar vínculos comunitarios. La participación de las profesionales en estos espacios da lugar a la interpelación de ciertas prácticas profesionales, imaginarios y representaciones, que ponen en tensión la posición del “conocimiento” y de “saber” que socialmente se otorga al profesional de salud. Se percibe entonces la posibilidad de revertir ciertas lógicas socio-institucionales, buscando construir redes sociales de apoyo y sostén que impliquen lo comunitario y lo institucional, tendiendo a generar vínculos y estrategias de afrontamiento de la gestión de proceso salud-enfermedad y de las prácticas de cuidado (Garibaldi, et al., 2014)

Para concluir, del análisis se desprende que las mayores tensiones se producen entre “el ideal” y la “realidad”, entre el imaginario o lo que se espera de algunas situaciones y lo que realmente atraviesan algunas familias, vinculado a su vez al contexto, a las políticas públicas y la coyuntura socio-económica del país. De esta manera, se destaca la importancia de pensar el cuidado como algo intrínseco de las intervenciones en salud y del accionar institucional, afirmando que debe ser entendido como una acción integral que tiene significados y sentidos volcados hacia la comprensión de la salud como derecho, traducida en actitudes como tratamiento digno, respetuoso, de calidad, protección y vincular (Moran y Pratto, 2014).

Reflexiones finales

Los principales resultados esbozan las múltiples desigualdades que atraviesan los cuidados en la primera

infancia, marcando una accesibilidad diferencial a derechos de quienes son cuidadxs, como también, de quienes cuidan. La categoría de cuidados, en relación a las categorías de género-clase-etnia, permite reflexionar acerca de la dimensión social de los cuidados y de ciertos límites que se presentan en el abordaje de situaciones por parte de lxs profesionales del campo de la salud, permitiendo visualizar la necesidad de unificar criterios de abordaje que no limiten ni perjudiquen intervenciones de atención sanitaria, ni refuercen la idealización de la maternidad y familiarización/feminización de los cuidados desde los equipos de salud. En este sentido, ¿Cómo se elaboran estrategias de acompañamiento que no refuercen estereotipos funcionales a la política de reducción de costos en cuidados, que redundan en círculos de feminización de la pobreza?

En algunas entrevistas puede observarse que si bien se tiene en cuenta la conformación de familias que no responden a la heteronormia, se siguen reproduciendo en la atención de parejas disidentes, asignaciones de roles sociales propios de esquemas que pertenece al patrón cis heterosexual.

En muchos relatos se presentan dificultades para identificar la dimensión social de los cuidados, aquello que hace que los cuidados sean la condición de posibilidad

de reproducción de las personas y por lo tanto, de lxs trabajadores. Atento a ello, ¿Cómo se visibiliza y reconoce que si los cuidados son tareas sociales, deben también resolverse socialmente y no de forma individual o privada?

El movimiento feminista hace ya varios años viene señalando y luchando contra las distintas opresiones hacia las mujeres e identidades disidentes. En la actualidad este movimiento logró masivizarse y ha instalado en la sociedad y en la agenda pública debates históricos como la interrupción del embarazo, los femicidios y las violencias machistas que se suceden en lo cotidiano. También avanzó en la conquista de derechos y el reconocimiento de otras identidades, más allá del binarismo varón-mujer.

La feminización de los cuidados, históricamente señalada por este movimiento, actualmente está siendo cuestionada por parte de muchxs intelectuales, profesionales y funcionarixs públicxs, siendo la organización social de los cuidados el punto clave que se pretende instalar en la agenda pública. Como profesionales entendemos fundamental la construcción de políticas públicas que puedan generar cambios reales en la estructura hegemónica e histórica de la OSC. Este trabajo y sus reflexiones pretenden ser un aporte para eso.

Bibliografía

- Aguirre, R. (2005). "Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas". Montevideo: CEPAL.
- Esping-Andersen, G. (1993). "Los tres mundos del Estado del bienestar". Valencia: Alfons el Magnanim.
- Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (2012). "Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado". Buenos Aires: IDES – UNFPA- UNICEF.
- García Canclini, Néstor (2004): *Diferentes, desiguales y desconectados: Mapas de la interculturalidad*, Barcelona, Editorial Gedisa.
- García Melchor, N., Rosas Vargas, R., Leco Tomas, C. (2010). "Imaginario, Percepciones y Representaciones Sociales de la Migración Internacional: Un acercamiento teórico-metodológico para su estudio en el ámbito comunitario". En *Revista CIMEXUS*, Vol. 5, núm. 1. Páginas 59-69. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México.
- Garibaldi V., Incocciati M.L., Schultheis, L. (2014) "Reflexiones en torno a la intervención del trabajo social en las instituciones de salud: El cuidado a los que cuidan y el atravesamiento de las concepciones hegemónicas de familia y cuidado". *Revista Debate Público, Reflexiones de Trabajo Social*. Año 4. Número 8. CABA.
- Laurell, A. (1982). "La Salud-enfermedad como proceso social". México: Cuadernos Médicos Sociales N°19. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/mat-biblio/laurell.pdf>
- Magliano, M. J. (2015). "Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos". *Rev. Estudios Feministas*. Vol.23, n.3, pp.691-712.
- Moran, N., Pratto L. (2014) "La dimensión de cuidado en las instituciones de salud Una mirada desde el Trabajo Social". En: *Trabajos seleccionados: V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad / Marcela Benegas...* [et. al.] Capítulo 19 - 1a ed. - CABA: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Oberti, P. (2015). "El estudio de las representaciones sociales como aporte para las intervenciones profesionales". En *Revista Fronteras* N°8, Páginas 157-162. Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Uruguay.
- Razavi, S. (2007). "The Political and Social Economy of Care in a Development Context". En: *Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Recuperado de [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2D-BE6A93350A7783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2D-BE6A93350A7783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf)
- Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. (2015). "Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina". En: *Revista Perspectivas de Políticas Públicas* Año 4 N° 8 (Enero-Junio 2015).

Artículos seleccionados

El Abuso Sexual Infantojuvenil y su mirada desde el Trabajo Social

Bataglia Giuliana^a

Fecha de recepción:	28 de enero de 2021
Fecha de aceptación:	7 de junio de 2021
Correspondencia a:	Bataglia Giuliana
Correo electrónico:	giulianabataglia@gmail.com

a. Licenciada en Trabajo Social. Residencia de salud en trabajo social en el Hospital Municipal de Morón.

Resumen:

La problemática del abuso sexual infantojuvenil no es reciente, sino que es una constante histórica que nos interpela como sociedad diariamente, provocando diferentes reacciones y efectos sociales, físicos y psicológicos.

Por ello, el presente escrito busca dar cuenta del recorrido histórico social del abuso sexual infantojuvenil, desde que comenzó a problematizarse hasta el aquí y ahora. Esto no es un hecho aislado, sino que debemos entender que ocurre dentro de una sociedad capitalista y patriarcal que la sustenta y apoya.

Más luego, se planteará la necesidad de un abordaje interdisciplinario desde las instituciones públicas y privadas por donde circulan las/los niñas/os y adolescentes. Así como se hará hincapié en el rol de la/el trabajadora/r social y su incumbencia en dicha problemática.

Palabras clave: Abuso sexual infantojuvenil - Familias - Patriarcado - Trabajo social.

Summary

The problem of child and adolescent sexual abuse is not recent, but rather it is a historical constant that challenges us as a society on a daily basis, causing different reactions and social, physical and psychological effects.

For this reason, this writing seeks to give an account of the social historical journey of child and adolescent sexual abuse, since it began to be problematized until the here and now. This is not an isolated event but we must understand that it occurs within a capitalist and patriarchal society that sustains and alleviates it.

Later, the need for an interdisciplinary approach will be raised from public and private institutions through which children and adolescents circulate. As well as the role of the social worker and his / her role in said problem will be emphasized.

Key words: Child and youth sexual abuse - families - patriarched - social work.

El lugar de las/os niñas/os y las/os adolescentes

Para comenzar a hablar de abuso sexual infantojuvenil (en adelante ASIJ) como problemática social, debemos primeramente pensar en la noción existente sobre las niñas y adolescencias y el lugar que han ocupado y ocupan las/os niñas/os y adolescentes en nuestra sociedad. El abandono y el maltrato han sido prácticas comunes en la educación de las/los niñas/os y adolescentes, Irene Intebi menciona en su texto "Abuso sexual infantil en las mejores familias" (1996) al infanticidio como una modalidad característica de la antigüedad hasta el siglo IV (D.C). Las/os niñas/os y adolescentes como objetos a merced de las/os adultas/os.

Durante décadas se concibió a las/los niñas/os y adolescentes como seres inacabados y carentes, con cuerpos sujetos al poder ajeno, que necesitaban ser educados, resguardos y protegidos por la/el adulta/o con mayor autoridad. Dicha situación de dependencia implicó un completo sometimiento al mundo adulto. Además, la escases de razonamiento proyectado en las/os niñas/os y adolescentes, constituye una forma de desamparo, que da derecho a la obediencia. Carecían de estatus propio y era posesión de una/un adulta/o, como un objeto del que se podía disponer. Desde esta mirada podemos pensar que el ASIJ no era pensada como una problemática social, ya que la/el adulta/o podía disponer del cuerpo de las/os niñas/os a su merced y satisfacción.

Luego, a partir de que se instaura la noción de familia moderna basada en la imagen de amor conyugal y, con la llegada de la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños se comenzó a plantear la idea de su-

jetos de derechos, la relación entre el Estado, la familia y la comunidad. Sin embargo, en Argentina, no fue hasta que entró en vigencia la Ley Nacional 26.061 que se incorporó la noción de protección integral de derecho. Esto cambió las maneras de pensar las intervenciones y políticas sociales para la niñez y adolescencia. Además, el nuevo marco normativo deposita en el Estado la obligación de garantizar los derechos a las/los niñas/os y adolescentes y sus familias, e intervenir a través de sus instituciones públicas cuando esto no sucede. Las/os niñas/os y adolescentes dejan de ocupar su lugar como residuo de la vida comunitaria e indefensas/os del mundo adulto, para ser reconocidas/os como ciudadanas/os con la capacidad de exigir y demandar el cumplimiento de sus derechos, siendo actoras/es sociales que toman decisiones, y a quienes por su condición de persona en desarrollo se les brinda protección integral especial.

Historización del abuso sexual infantojuvenil

Fue en el año 1890 cuando desde el psicoanálisis se comenzó a plantear la idea de la sexualidad infantil, algo que llevó a Freud a ser cuestionado y excluido dentro del ámbito científico. En un primer momento, el psicoanalista habló de la epidemia de la histeria, donde afirmó que la misma era provocada por el recuerdo de un hecho traumático que había sido reprimido en el inconsciente y que se manifestaba en la neurosis. En otras palabras, la sexualidad desbordada de los adultos impuesta sobre el cuerpo de las/los niñas/os y adolescentes.

Más tarde, no casualmente, cambió de parecer y se refirió a la sexualidad infantil a través de las zonas erógenas

y la teoría de las fantasías inconscientes, en donde las situaciones de abuso sólo existían en el plano de la imaginación, como un desborde del afecto de la madre. Postuló que la seducción de la adulta/o hacia la/el niña/o o adolescente nunca sucedió realmente, sino que ocurrió en el plano de las fantasías, un invento que se sentía verdadero. Aquí se puede apreciar el sesgo patriarcal de sus afirmaciones, ya que las fantasías las ligaba con los cuidados maternos corporales y sus consecuencias en el placer del órgano genital de la niña/o o adolescente. Muchas fueron las razones y presiones sociales que tuvo el psicoanalista para abandonar su teoría de la seducción. Desde los inicios se le cuestionó su teoría del abuso sexual, principalmente debido a que no se lograba pensar al hombre como abusador. No se objetaba a la figura del padre, algo muy propio del sistema patriarcal que hasta el día de hoy se mantiene. Y, sobre todo, porque no cuestionó tanto a los varones abusadores o perversos sino más bien a los hombres aparentemente “normales”. De esta manera, toda la sociedad pasaba a ocupar el banquillo de las/los acusadas/os.

Los estragos de la teoría del inconsciente permanecen en nuestra sociedad hoy, ante todo, cuando se descrea el relato de “las neuróticas” y se culpabiliza la figura materna. No todas les mentían Sr. Freud, no todo era fantasía, sino que son efectos de lo traumático sexual. Por ello resulta importante reconstruir las miradas, los dogmas.

Luego, en la década del 60 se comenzó a hablar sobre el maltrato infantil, el cual incluía a cinco subtipos: maltrato físico, abandono físico, maltrato emocional, abandono emocional y abuso sexual, posteriormente sumándose otras formas de maltrato. A saber, muchos años después de que se plantera la sexualidad infantil surgió un interés científico sobre el ASIJ, y es que, en palabras de Intebi, más allá de la carencia de información adecuada, el abuso sexual se encuentra mistificado y rodeado de prejuicios por tanto se convierte en un asunto difícil de transformar en objeto de estudio.

A partir de la concepción sobre el maltrato infantil, se hicieron diversos aportes desde distintas disciplinas sobre la concepción del ASIJ. Una de ellas la establece como “la convocatoria de un/a adulto/a a un/a niño/a o adolescente a participar en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado su psiquismo por su nivel de constitución, y a las cuales no puede otorgar su consentimiento desde una posición de sujeto. El/la adulto/a, o sea el/la agresor/a, usa al/a

niño/a o al/a adolescente para estimularse sexualmente él/ella mismo/a, al/a niño/a o a otra persona. Incluye una amplia gama que oscila entre la violación forzada y la sutil seducción” (Pascualini y Llorens, 2011). Resulta importante remarcar que más allá de las diferentes definiciones hay un algo en común, el goce en el abuso de poder y las/os niñas/os o adolescentes como objetos.

Entonces partiendo desde todo lo expuesto anteriormente, entendemos que el ASIJ no es una problemática reciente, sino que es una constante histórica que se produce en todas las culturas, en todas las sociedades y en cualquier estrato social. Y esto se debe a la capacidad de reproducción y subsistencia que tienen las lógicas patriarcales que naturalizan tanto las formas de relacionamiento parental y social mediadas por las violencias, como la sexualización de los cuerpos de las/los niñas/os y adolescentes. Además, a pesar de que fuimos transformándonos como sociedad, todavía dichas situaciones están ligadas al silencio, la negación, el rechazo y los temores.

También es menester mencionar que en el último año (2019) las violencias hacia las/los niñas/os y adolescentes cobraron mayor visibilización a partir de que diferentes mujeres que trabajan en los medios de comunicación decidieron denunciar públicamente a un hombre que abusó sexualmente de una de ellas durante su adolescencia. Allí se volvió a poner el foco en el ASIJ, en el rol de las/los adultas/os protectoras/es, y más aún, sobre las políticas públicas de niñez. Esta nueva puesta en agenda tiene que ver con la necesidad de ponerle un freno a las violencias propias del sistema capitalista y patriarcal y, desnaturalizar los imperativos impuestos de consumo y mercancía de los cuerpos.

De igual modo, dicha denuncia pública permitió poner en observación la historia de vida propia. Es decir, muchas/os sujetas/os, en su mayoría y no casualmente mujeres adultas, que han atravesado situaciones de ASIJ lograron romper con el silencio que las ataba. Surgió lo que se podría pensar como un traumatismo colectivo de muchas/os sujetas/os y, se puso en cuestión el acto normalizador del poder por sobre el cuerpo de la/el otra/o.

Se reinstaló socialmente la noción de que lo traumático se encapsula con efectos activos en el presente. Una situación de ASIJ se resignifica como sexual a partir de la mirada deseante del par y de la vivencia de la sexualidad, en la mirada de la/el otra/o se reconoce y comprende

el goce de la/el adulta/o y que lo sufrido en la infancia o adolescencia fue un abuso sexual. Cuando la situación de ASIJ no pudo ser elaborada, la sexualidad se inscribe como displacentera, permaneciendo activamente en el presente como una marca de un pasado traumático.

El ASIJ como hecho traumático es desubjetivante para quien lo padece. Deja al psiquismo en un estado de pasividad, de no asociación, emergiendo como sensación interior, pero no como representación de la experiencia, repitiéndose compulsivamente. La no elaboración del hecho es lo que lo constituye como trauma. La/el abusadora/r ataca al aparato psíquico dejándolo vacío, desvalido y desamparado. La imposibilidad de comprender la situación hace que sea difícil poder relatarla. Sin embargo, existen diversas formas de narrar, el cuerpo habla, da señales. Muchas veces el relato no está, no puede ser transformado en palabras, pero aparece de otras formas, como por medio de dibujos o juegos.

El entorno para la/el niña/o o adolescente que atraviesa o atravesó una situación de ASIJ se hace imprescindible, la/el otra/o aparece como esencial. Allí en el encuentro, en la significación de quien realmente escucha, lo reprimido sale a la luz. Hay una necesidad de entender para que deje de tener presencia el trauma, de ponerle nombre a lo vivido para olvidar, y para esto es fundamental una/un otra/o.

Sin embargo, muchas veces el entorno que debiera proteger y cuidar no lo hace, lo que constituye una traición para la/el niña/o o adolescente. Todo se altera, y queda en un estado de desamparo social. Existe una independencia relativa, ya que siempre necesitamos de la/el otra/o, sobre todo en edades en donde la/el sujeta/o está en construcción, por esto es que el mayor sufrimiento proviene del desamparo, la necesidad imperiosa de buscar amparo en el otro, que lo o la deja en un estado de mayor vulnerabilidad.

Como se viene mencionando, hay una complicidad que descrea el relato de ASIJ, desde la/el adulta/o que no detecta la situación, hasta la justicia patriarcal que desestima relatos y acciones. Esta última consagra lo que la sociedad piensa, sino hubo penetración no hay abuso sexual, la verdad queda como falsa, aunque haya existido realmente. Entonces se produce una doble desprotección, no sólo por lo vivido sino por el desamparo del entorno.

En este sentido es que la/el niña o adolescente queda en un estado de desamparo, imposibilitado de elaborar

la situación, que puede generarle sentimientos de enojo, rabia hacia su entorno más cercano.

¿De qué manera la/el niña/o o adolescente podría actuar ante un abuso sexual?

Existen diferentes mecanismos de defensa que posibilitan que no se ligue experiencia traumática con los sentimientos originados. Estas son: 1. Represión; 2. No asociación; 3. Escisión del Yo; 4. Desmentida; 5. Retracción; 6 Identificación con el agresor. Los mismos dependen de la composición psíquica de la/el niña/o o adolescente.

1. La represión tiene que ver con un mecanismo que permite preservar al Yo, pero la situación vivida se conserva en la psiquis.
2. La disociación es la no integración de la situación vivida, de los pensamientos con los sentimientos. Una vivencia tiene tres momentos: un estado originario (lo sensorial), un primario (la fantasía) y, por último, un secundario (la representación, articulación entre el sentir y la palabra), la disociación imposibilita que se dé el tercer momento.
3. La escisión del Yo es la negación de lo vivido, que además de impedir la represión, evita el conflicto en la psiquis. No hay conflicto sino hay situación vivida.
4. La desmentida es la renegación de lo que pasó, se sabe, se conoce, pero se justifica. Se rechaza la instauración de la representación en el inconsciente. Es impedir que se reconozca la realidad de la percepción traumatizante.
5. La retractación se da por la inducción de las adultas y adultos, que alteran la percepción de la realidad, mediante una presión psicológica, amenaza y/o culpabilización, con el fin de ocultar la verdad.
6. La identificación con la/el agresora/r es posibilitada a partir de la culpa. Se siente que se provocó la situación de abuso, por tanto, se es víctima y victimario a la vez. La identidad se pierde, no se reconoce como sujeta/o. La fantasía edípica se hace presente cuando el cuerpo sometido por la/el adulta/o protectora/r genera una sensación de culpa. La/el niña/o o adolescente siente que provocó la situación de abuso sexual.

La situación de abuso sexual desequilibra no solo la psiquis de la/el niña/o o adolescente, sino también su vinculación con las/los otras/os. No sabe, no se encuentra, no entiende cómo relacionarse. Lo afectivo se volvió siniestro, por tanto, cuando no se elabora la situación de abuso sexual, los vínculos se construyen desde el sufrimiento. Solo se conoce el dolor, lo traumático, y desde allí se vive. Anestesiado en el silencio permanente y ensordecedor.

¿Qué sucede cuando la/el agresora/r es un familiar?

El ASIJ intrafamiliar es uno de los tipos en que se da el abuso sexual, y es una forma particular de violencia y poder. La/el adulta/o agresora/r tiene permanente contacto e interacción con la/el niña/o o adolescente, y la/o manipula debido a su vínculo familiar y el poder que le otorgaría su rol. Sus consecuencias son a nivel psicológico y social, hay un daño a la identidad, un abuso de confianza y afecto ¿Si no se puede confiar en quien debiera proteger y cuidar cómo podría haber confianza en alguien desconocido? La percepción del cuidado, la protección y la confianza se transmuta.

La familia es concebida histórica y socialmente como una institución amorosa, portadora de normas y valores sociales, desde la cual se construyen modos de interacción que dan sentido a las funciones y roles que ocupan los miembros dentro de ella. O más bien, desde la impronta del patriarcado las familias se organizan de acuerdo a jerarquías de poder desiguales, que posibilitan muchas veces naturalizar situaciones de violencia, maltrato y abuso sexual.

Siguiendo esta línea, dentro de las familias se asignan roles y funciones a cada miembro que se relacionan con los modelos de género imperantes en nuestra sociedad. La categoría social de género remite a los “rasgos y a las funciones psicológicas y socioculturales que se atribuyen a cada uno de los sexos” (Teodori, C., 2015). Entonces, a partir del sexo biológico se les asignan a las personas determinadas acciones y formas de ser, existiendo un conjunto de ideas sobre lo que sería lo femenino y lo masculino. Por un lado, se concibe a la masculinidad hegemónica en un modelo de hombre dominante, violento, alejado de la idea de feminidad. Mientras que a la mujer se la percibe como sumisa e inferior al hombre. Las mujeres al ser vistas como cuidadoras del seno de la familia, protectoras de las/los hijas/os, cuando no de-

tectan la situación de ASIJ son consideradas cómplices, no sucediendo lo mismo con los padres. Sin embargo, cuando la mujer lo percibe se descalifica su palabra. Muchas veces se sienten desbordadas cuando conocen la situación de abuso, les lleva tiempo elaborarla y por ello son atacadas. Asimismo, muchas veces mujeres no logran dar cuenta de la situación de abuso sexual de sus hijas/os por su propia historia, ya que elaborar dicha situación implica pensarse a sí mismas en relación a su abuso sexual vivido.

Tanto la categoría de género como la de sexo aportan marcos que regulan, controlan y construyen cuerpos. Y resulta interesante pensar cómo influyen estos mandatos en las infancias y adolescencias, ya que se tratan de sujetas/os en construcción, ¿podrían los chicos callar una situación de abuso sexual por no ser vistos como hombres frágiles? De igual manera, ¿las chicas no lo contarían porque está en su carácter ser sumisas?

En este punto resulta menester reflejar los datos estadísticos otorgados por el Programa “Las Víctimas contra las Violencias”, el cual trabaja bajo dos líneas telefónicas que ofrecen acompañamiento ante situaciones de violencia sexual o familiar en CABA. Según dicho Programa el 76% de las víctimas atendidas son mujeres, dentro de las cuales 1 de cada 5 ha sido abusada sexualmente durante su niñez. Mientras que el 88% de los agresores son varones. Asimismo, el 77% de las víctimas han declarado haber sido abusadas/os sexualmente por un miembro de su familia o entorno cercano. No resulta casual que las situaciones de abuso sexual sean en mayor medida vivenciadas por mujeres, pues como se viene mencionando, se parte del concepto de la mujer como otro subordinado, cuyo cuerpo sexualizado desde su niñez sirve a la mirada y regocijo patriarcal. Mientras que el varón busca imponer su fuerza satisfaciéndose de su poder, más aún al interior de las familias, en donde predomina la noción del otro como posesión.

Desde esta noción de familia afectiva, libre de conflictos, en la que desde el amor se propicia al desarrollo de todos sus miembros, es que se oculta la creencia de que las/los hijas/os son propiedad privada de las madres y los padres y, desde la cual aparece el secreto que permite sobrevivir las situaciones de maltrato infantojuvenil.

El silencio que mantiene el equilibrio familiar hace que se desarrolle un vínculo particular entre sus miembros, volviéndose complejas las relaciones en su interior. La/el adulta/o abusador impone la ley a toda la familia, que con su intimidación o amenaza no sería descubierto. Di-

cho pacto es tan fuerte que muchas veces dura años o incluso puede nunca llegar a revelarse. Esto se debe a la sensación de miedo, de culpa, vergüenza, rabia que imposibilita el accionar. La/el niña/o o adolescente desarrolla ciertos comportamientos para poder sobrevivir a la situación de abuso sexual. No protestan, callan, se acomodan a la vivencia traumática.

La/el adulta/o que está ejerciendo activamente la sexualidad, goza y siente placer por sobre el sufrimiento de la/el niña/o o adolescente. Las barreras morales se destruyen, sobre todo cuando la/el agresora/r es un familiar, lo supuestamente cálido y amoroso que otorgaría lo familiar se vuelve siniestro. El equilibrio en el sistema familiar que otorga el secreto se pierde cuando el abuso sexual sale a la luz. Tanto es el conflicto que se puede generar que la/el niña/o o adolescente puede retractarse luego de haber roto con el pacto. Y es que no sólo se siente culpable por la situación vivida sino también por la crisis familiar provocada por su relato.

Abuso sexual infantojuvenil y su mirada desde el trabajo social

Entendemos que ante la complejidad de la problemática del ASIJ se requiere de un abordaje interdisciplinario para garantizar un enfoque integral de los distintos factores que intervienen en la misma.

Y en el trabajo cotidiano resulta interesante ver el intercambio y juego de nociones que existen en relación a las niñeces y adolescencias. A pesar de que la realidad jurídica obligue a un replanteo de la práctica cotidiana, muchas/os profesionales mantienen una mirada de tutela para con las/los niñas/os y adolescentes, sin poder entenderlas/os como sujetas/os de derecho, ni escucharlas/os o interviniendo específicamente cuando se da alguna situación que las/los vulnera. Con esto se quiere decir que, por ejemplo, al igual que la violencia de género, las situaciones de abuso sexual o maltrato a veces no son visibilizadas o problematizadas, a menos que se observen determinadas evidencias. Es por eso que el rol de la/el trabajadora/r social es sumamente valioso porque es quien apuesta constantemente al trabajo interdisciplinario, buscando la reflexión conjunta de las concepciones patriarcales que construyen sujetas/os pasivas/os e invalidan derechos.

Desde la mirada del Trabajo Social se busca problematizar la situación de asij desde sus dimensiones históricas, sociales, culturales y familiares, así como se acompaña a

las/los niñas/os o adolescentes y sus familias, indagando en las dinámicas familiares que arrojan a la luz los factores de riesgo o protección en las que se encuentran inmersos las/os niñas/os y adolescentes. A saber, media en vida cotidiana de la familia, en su trama vincular, buscando redes de sostén para las/os niñas/os y adolescentes víctimas, haciendo uso de diversas técnicas y herramientas teórico-metodológicas que permitan hacer un diagnóstico situacional.

Asimismo, como Trabajadores Sociales estamos constantemente articulando la situación particular con las representaciones sociales respecto al asij, debiendo en todo momento abogar por la protección integral de las/os niñas/os y adolescentes, utilizando las medidas legales necesarias que se consideren para cada situación en particular, habiéndolas evaluado cuidadosamente, pues no se busca castigar a la/el niña/o o adolescente por haber vivenciado el abuso sexual, sino protegerlo.

Por ello es importante la mirada interdisciplinaria para abordar las situaciones de ASIJ, pues ante su complejidad se deben tener en cuenta los puntos fuertes y limitaciones de cada intervención. En palabras de Carmen Frías "se necesita y se tendría incluso que exigir que todos aquellos profesionales, no únicamente los de trabajo social, sino todos aquellos que trabajan con el abuso sexual infantil, estén capacitados. Es una temática con la cual no todo el mundo puede trabajar o no todo el mundo puede poner en juego su fortaleza psíquica...eso se tiene que tener en cuenta porque intervenciones desafortunadas vulneran a los chicos y las chicas que están en esta situación. Las consecuencias del abuso sexual infantil, emocional y físicamente, son absolutamente dañinas...Entonces -y esto forma parte de un abordaje crítico de la profesión que uno decide ejercer-, tiene que haber un profundo reconocimiento de hasta dónde uno puede enfrentarse con esta temática y si uno puede y piensa que puede darle para adelante. Lo que hay que hacer en forma inmediata es capacitarse".

Las personas que sufrieron abuso sexual en su infancia o adolescencia bloquean una y otra vez la posibilidad de contar o mostrar lo vivido, optando por mantener su dolor en la oscuridad, porque eso han aprendido, a silenciarse, volviéndose incapaces de romper con ese secreto que invalida cualquier acción. No sólo porque su psiquis no logra entender lo sucedido sino también por el estigma que hay en relación a esta problemática. Por esto, es tan importante el rol de los equipos de salud, porque mirar hacia otro lado, silenciar, es incluso más doloroso que el abuso en sí mismo.

Bibliografía

- Benassi F.; Codina L. (2019) *Violación al desamparo. Traición a la dependencia*. Ponencia Congreso Internacional de psicoanálisis. Universidad Nacional de Rosario.
- Franco A. (2018). *La experiencia de la sexualidad o la sexualidad como experiencia*. XXI Jornada de Niñez y Adolescencia. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Franco A.; Poverene L.; Toporosi S.; Eiberman F.; Woloski E. G.; Tomei F.; Louro L.; Lastra S.; Germade A.; Esquivel J. (2018) *Condiciones subjetivas y familiares en la utilización de diferentes mecanismos defensivos ante lo traumático del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes*. Memorias X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV. Jornadas de investigación XIV. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Frías C. (2003). *El abuso sexual infantil: abordaje desde el Trabajo Social*. Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Fuentes G. (2012). *Abuso sexual infantil intrafamiliar, el abordaje desde el Trabajo Social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria*. Revista Margen N°64. [en línea. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen64/fuentes.pdf>] Consulta 17 de mayo de 2021.
- González E., Martínez V., Leyton C., Bardi A. (2004). *Características de los abusadores sexuales*. Revista Sogía. Chile.
- Intebi V. I. (1996). *Abuso sexual en las mejores familias*. Editorial Gráfica. Buenos Aires.
- Pasqualini, D., Llorens, A. (2011). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Organización Panamericana de la Salud.
- Rodríguez Cely L. A. (2003). *Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil*. Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia. [en línea. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/647/64720108.pdf>] Consulta 29 de mayo de 2021.
- Teodori C. (2015). *A los saltos buscando el cielo: trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar*. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Toporosi S. (2018). *En carne viva*. Abuso sexual infantojuvenil. Editorial Topia. Buenos Aires.
- Volnovich J. C. (2005). *Para releer a Freud: Cien años de Tres ensayos para una teoría sexual*. [en línea. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/%C2%BFqu%C3%A9-nos-pasa-adultos-hoy-sexualidad-ni%C3%B1os>] Consulta 17 de mayo de 2021.

Documentos y Leyes

- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (1029). Protocolo Provincial de Prevención, Detección y Abordaje del Abuso Sexual hacia Niños, Niñas o Adolescentes. La Plata, Buenos Aires.
- UNICEF. (2018). Un análisis de los datos del Programa «Las Víctimas Contra Las Violencias». Serie N°6. Buenos Aires. [en línea. Disponible en <https://www.unicef.org/argentina/media/6781/file/Datos%20%22Las%20v%C3%ADctimas%20contra%20las%20violencias%22%202017-2018.pdf>]

Artículos seleccionados

Repensar el Trabajo Social como garante de los cuidados paliativos hacia las personas mayores

Sofía Oya^a y Delfina Ramos^b

Fecha de recepción: 16 de marzo de 2021
Fecha de aceptación: 2 de junio de 2021
Correspondencia a: Sofía Oya
Correo electrónico: sofioya375@gmail.com

- a. Estudiante lic. Trabajo social. Universidad de Buenos Aires.
- b. Estudiante lic. Trabajo social. Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo fue ideado en el marco de la materia electiva de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires: "Sociedad y Envejecimiento: Nuevos Desafíos Profesionales" a cargo de la Dra. en Ciencias Sociales Romina Manes. Ahora bien, nos proponemos como objetivo analizar los cuidados paliativos hacia las personas mayores desde la perspectiva del Trabajo Social, retomando la perspectiva de derechos y el enfoque gerontológico, utilizando una metodología cualitativa a partir del análisis de una fuente secundaria Juárez (2020), en el cual Mora Juárez relata, desde su experiencia, la internación y la posterior muerte de su padre de 83 años en el actual contexto de pandemia, calificando esta vivencia como un completo abandono por parte del sistema sanitario argentino.

Palabras clave: Trabajo Social - Personas Mayores - Cuidados Paliativos.

Summary

This paper was devised within the framework of the elective subject of the Social Work career of the University of Buenos Aires: ("Society and Aging: New Professional Challenges") in charge of Romina Manes, Doctor of Social Science. However, our aim is to analyze palliative care towards the elderly from the perspective of Social Work, retaking the rights perspective and gerontological approach, making use of a qualitative research method from the analysis of a secondary source Juárez (2020), in which Mora Juárez tells, from her experience, his 83-year-old father's hospitalization and death in the current pandemic context, qualifying this life experience as a complete abandonment by the Argentine Health System.

Key words: Social Worker - The Elderly - Palliative Care.

Introducción

Actualmente nos encontramos demográficamente ante un proceso de envejecimiento mundial de la población, lo cual conlleva a repensar la producción gerontológica, como a su vez las desigualdades y la diversidad de representaciones que existen respecto a las vejeces. La pregunta que guía el artículo es: ¿Cuáles son los aportes que pueden realizar los cuidados paliativos, como política pública, para garantizar los derechos de las personas mayores?

En este artículo, se pretenden analizar los cuidados paliativos (de aquí en más CP), ya que es una temática poco explorada desde la disciplina del Trabajo Social y que contribuye a humanizar y dignificar los cuidados a lo largo de la vida (primordialmente hacia al final de la misma), desde una perspectiva de derechos retomando la voz y las decisiones de las personas mayores. Tomando como punto de partida que son sujetas/os de derechos y no objetos de cuidados, es central indagar sobre las políticas sociales que abordan esta problemática. Así, los cuidados paliativos pueden contribuir a la perspectiva de los buenos tratos para con las personas mayores, previniendo diversos tipos de violencia.

A partir de comprender que no hay una única forma de envejecer, sino que existen tantas como personas habitan el planeta Tierra, se pretende abordar el trabajo entendiendo que la interacción de diversos factores sociales, biológicos y psicológicos condicionan las vejeces. Considerando, a su vez, que el Trabajo Social puede contribuir a las políticas de CP centradas en las personas mayores a partir de una perspectiva de derechos.

Repensando el marco normativo de las vejeces

El envejecimiento se configura en función de cada cultura, sociedad y grupo social sin tratarse de un fenómeno homogéneo. A esto Yuni y Urbano (2008) lo caracterizan como "envejecimiento diferencial", dando cuenta de la diversidad y heterogeneidad del envejecimiento tanto individual como social. De esta forma, hay diversos ejes que condicionan las formas de envejecer y uno de ellos es el género; por lo tanto, personas no binarias, mujeres y varones, tienen modos diferentes de envejecer, de concebirlo, de hacerle frente y darle sentido.

Tomando la "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores" (de aquí en más, Convención) se entiende por persona mayor a toda "... aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base mayor o menor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor" (Ley 27.360, 2017). Se retoman los derechos que proponen para las personas mayores "vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población" (Ley 27.360, 2017) a partir del acceso a cuidados integrales, incluidos los paliativos. Además, el derecho a la independencia y la autonomía, el cual se centra en la toma de decisiones, el fortalecimiento de los lazos familiares y con la comunidad.

Asimismo, a partir de este instrumento legal, las personas mayores tienen derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, recibiendo un trato digno con respeto. Por otro lado, poseen también derecho a la

salud y a prestar un consentimiento libre e informado en este ámbito;

La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales (...) promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía (Ley 27.360, 2017).

Por último, los Estados parte se comprometen a promover una actitud positiva hacia la vejez basándose en un trato digno y respetuoso, promoviendo los derechos de las personas mayores y su empoderamiento, evitando el lenguaje y las imágenes estereotipadas.

Desde la perspectiva de derechos se prioriza la concepción de las personas mayores como titulares de derechos (Roqué y Fassio, 2016), no como objetos de las políticas que se despliegan en favor de ellas. Además, es necesario tener en cuenta que la vejez (como etapa) está definida por un conjunto de características no sólo biológicas y físicas sino también psicológicas y sociales. Por lo tanto, cualquier política, estudio o investigación que se hiciera en relación a las personas mayores debe contemplar la perspectiva de género, la diversidad sexual, como también las nociones de clase y desigualdad.

Enfoque gerontológico: problematizando los Cuidados Paliativos

El enfoque gerontológico "... es la disciplina que estudia el envejecimiento y la vejez desde una perspectiva biopsicosocial y puede, por ello, brindar las mejores herramientas a estos fines" (Roqué y Fassio, 2016, p. 43); puede contribuir a no caer en determinismos biológicos ni enfoques cerrados que no contemplen la voz de las personas involucradas. En línea con ello, el foco está puesto sobre los cuidados paliativos, que hacen referencia a un:

Modelo de atención integral sanitario para personas con enfermedades crónicas, progresivas, avanzadas y potencialmente limitantes de la vida. Tiene por objetivo mejorar la calidad de vida y aliviar su sufrimiento, como así también el de sus familiares, allegados y/o cuidadores. (Instituto Nacional del Cáncer, 2019, p. 17).

Así, a partir de una concepción integral, los CP son concebidos como aquella atención activa que requiere de cuidados integrales y trabajo interdisciplinario para, y con, pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o que sufren dolores evitables. Con el fin de mejorar su calidad de vida desde que se detecta la enfermedad hasta el final de sus días; atendiendo no sólo a los problemas físicos y el control del dolor, sino también a problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor.

Actualmente existe el "Programa Nacional de Cuidados Paliativos" (2016), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, que a su vez se inscribe dentro del "Instituto Nacional del Cáncer" y tiene como coordinadora general a la Dra. Belén Pranevicene (especialista en oncología). Éste posee como objetivo principal implementar CP de calidad como estrategia de atención durante la evolución de la enfermedad en personas con pronóstico de vida limitado y sus familias en todo el territorio nacional; el programa entiende, entonces, que estos cuidados son un componente fundamental para una política integral de cuidados. A su vez, atiende la prevención, la detección precoz y las estrategias de tratamiento de estas enfermedades para responder a todas las necesidades prioritarias en una comunidad y hacer el mejor uso posible de los recursos. Propone el desarrollo de redes de asistencia en los distintos niveles del sistema de salud para favorecer la accesibilidad de los cuidados paliativos con eje principal en la atención primaria de la salud; articulando con equipos de soporte interdisciplinarios especializados en ésta área, la implementación de una estrategia de capacitación orientada a la formación de equipos específicos; el desarrollo de mecanismos que aseguren una provisión continua y una distribución adecuada de opioides y medicamentos esenciales para la atención paliativa en todo el territorio nacional; el desarrollo e implementación de un sistema de evaluación de calidad mediante estándares que permitan conocer el desempeño de los distintos niveles de atención paliativa; la implementación de acciones para proporcionar a la comunidad los conocimientos y herramientas necesarios para sostener el proceso de cuidado de la/os pacientes en el ámbito familiar y comunitario. Si bien la creación del programa es un gran avance en favor de las personas que atraviesan estas delicadas situaciones, falta mucho camino por recorrer, ya que, por ejemplo, aún no existe una ley referida específicamente a CP. Actualmente hay un proyecto de ley que obtuvo media sanción en senadores y si bien es un avance en términos de derechos, creemos que falta mucho por hacer.

Es interesante recuperar las palabras de Alonso (2005) cuando menciona que a partir de sus entrevistas realizadas en campo a personas y familiares que transitan por el ámbito de los CP, lo que surge de las mismas es la importancia de la ausencia del dolor y las angustias en los últimos días de la/el paciente. En su investigación de campo se puede apreciar que muchas personas consideran que sólo al llegar al área de CP es que "...el dolor logra controlarse..." (Alonso, 2005, p.13), además se alienta a que la persona misma se comprometa con la tarea (es decir, se la tiene en cuenta y se la escucha para la participación activa del proceso).

La pesadez del "deber ser": la Política Pública de Cuidados

Los CP son parte, como dice Alonso (2005), de la lógica del cuidado; y hablar del mismo en el campo de la salud (Gómez Da Silva, y otra/os, 2009) es la propia razón de ser de las acciones desarrolladas por la/os profesionales que actúan en ese campo. Al hablar de cuidado, se hace referencia a la acción social (Croas, 2016) apuntada a asegurar la reproducción social de aquellas personas que carecen o han perdido la autonomía y que requieren ayuda de otra/os. Esto es parte del tejido social y como tal, es interesante problematizar el rol que cumple como elemento del desarrollo socio-económico. Cómo aborda cada sociedad y gobierno el cuidado tiene consecuencias centrales en el tipo de relaciones que se dan entre los diversos géneros y las distintas edades, el tipo de desigualdades y lazos de solidaridad que se gestan, en el tipo de ciudadanía que se construye. Siguiendo con Croas (2016), un sistema de cuidados ideal debería ser de carácter: *progresivo (es decir, no ser excluyente); *preventivo (no centrarse solamente en la asistencia, sino considerar también la prevención); *gradual y *combinado (pudiendo coordinarse distintos servicios).

Los CP se enmarcan en una política pública de cuidados hacia las personas mayores (aunque no exclusivamente), por lo tanto, en términos de Oddone y Pochintesta (2017), les correspondería aumentar la independencia mejorando la readaptación y encontrando respuestas y alternativas a la fragilidad. Esta debería lograr el bienestar de las vejez, teniendo en cuenta su participación activa y retomando sus voces, saberes y prácticas, siempre partiendo del análisis demográfico y biopsicosocial, a fin de saber desde dónde se parte, para luego poder evaluar si la política está logrando los objetivos deseados.

Siguiendo la línea de Oddone y Pochintesta (2017), una política pública que garantice los derechos de las personas mayores debería resolver la provisión del cuidado. Y los CP como política pública de cuidado deberían generar intervenciones por parte de todos las/os actores intervinientes; intentando, por un lado, suscitar un compromiso desde el estado sin excluir a las familias y otros actores de la comunidad, pero, por otro lado, sin generar políticas absolutamente familiaristas desligándose de la responsabilidad que ya ha asumido como firmante de tratados internacionales. La responsabilidad de los cuidados regularmente recae sobre las familias, y al interior de las mismas, sobre la cuidadora principal (recurrentemente mujer), quien suele experimentar una sensación de sobrecarga, noción acuñada por Tripodoro y otras (2015); no solo física, sino psicológica, social, económica, que muchas veces trae aparejada una ruptura de los lazos sociales de la persona cuidadora. En este sentido, es primordial equilibrar la distribución desigual del diamante de los cuidados, término propuesto por Enriquez Rodríguez (2015) y Aguirre (2007), que expone gráficamente cómo se gestionan y resuelven la provisión de los cuidados entre el Estado, el mercado, las familias y las comunidades.

El sistema sanitario, para evitar reproducir esta sobrecarga y asumir su responsabilidad, debería acompañar el proceso de cada persona en particular gracias a sus trabajadoras/es, por eso la importancia de los equipos interdisciplinarios y de la inversión en ciencia y tecnología. Además, es de su incumbencia generar espacios que le permitan a las personas vivir tan activamente (dentro de sus posibilidades y deseos) como les sea posible, hasta su muerte. Como propone la Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el final de la vida-CONICET (s.f), diseñar políticas que aborden la problemática de CP nos brinda una impostergable oportunidad de ponderar la organización de las prácticas sanitarias con el fin último de una óptima conciliación de las dimensiones que hacen a una concepción integral de la salud. Además, este documento menciona la importancia de enmarcarlo dentro de los derechos humanos, como el derecho a eludir dolores y sufrimientos evitables.

La implementación de los CP como política pública contribuye a prevenir la violencia estructural y social que describe Rueda Estrada (2008) como negligencias en las instituciones públicas, la falta de políticas públicas adecuadas a las necesidades de las personas mayores y las escasas medidas de prevención tanto primaria como

secundaria para evitar el deterioro de capacidades físicas y/o psicológicas. La violencia antes mencionada, como sostiene el INADI (2017), genera una serie de maltratos que se manifiestan como resultado de la interacción de una multiplicidad de factores sociales, culturales y psicoemocionales.

Las diversas formas de violencia, cualquiera sea el ámbito en el que se manifiesten, generan maltrato hacia las personas mayores, el cual se define en el texto de Rueda Estrada (2008) como una acción u omisión intencional o no. Teniendo en cuenta la Convención, es posible agregar que puede ser “única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza” (Ley 27.360, 2017).

¿Cómo intervenir con (y no sobre) las personas mayores?

El rol del Trabajo Social dentro del área mencionada de la política pública tiene relación con la vulnerabilidad de las personas con las cuales se trabaja (como a su vez, sus potencialidades). Este ejercicio profesional, como describe Vanzini (2010), se inscribe en el marco de un trabajo interdisciplinario que requiere de diálogo y consenso, sin dejar de lado las tensiones siempre presentes entre profesiones diversas y heterogéneas. Estos equipos constan de diversas profesiones tales como: medicina general, enfermería, auxiliares de enfermería, psicología, trabajo social, entre otras, que puedan resultar relevantes para la persona. Al interior de esos equipos, las/os trabajadoras sociales tienen funciones específicas que constan de:

Propiciar la comunicación del paciente y su familia, así como también con el equipo terapéutico; Promover la adaptación del paciente y su familia a la nueva situación; Orientar y asesorar al paciente y su familia o entorno social, sobre los recursos disponibles en la comunidad, la gestión de los mismos, realización de trámites, etc.; Planificar estrategias de cuidado, para evitar la sobrecarga de algún miembro de la familia o entorno; Evaluar la situación socioeconómica del paciente y su familia, para que no sea un obstáculo la falta de recursos para el cumplimiento del tratamiento. (Olaizola, 2006, p. 71).

Tanto el Trabajo Social como los CP se estructuran sobre los fundamentos de los derechos humanos, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de las personas, y de las/os actores presentes en escena, en términos de D'Urbano (2016). Siguiendo a esta autora, la enfermedad puede implicar la ruptura de los lazos sociales; motivo por el cual el Trabajo Social entra en escena a contribuir a recuperar esa fragmentación, con una mirada multidimensional e integral que permite incorporar a las/os diversos actores implicada/os (la persona, su familia, pero también el estado, el rol del mercado, y la comunidad). La profesión desarrolla su práctica en este espacio, como menciona Vanzini (2010), abordando las necesidades de tipo físicas, emocionales, sociales y espirituales, procurando que se respeten los deseos de las personas y las familias.

La integralidad, como afirma D'Urbano (2016), significa dar respuesta al conjunto de necesidades, ya que la intervención implica consensuar cómo cubrir cada una de ellas, en función de los recursos disponibles. Fomentando la participación de las/os actoras/os involucradas/os, especialmente de la familia para mejorar la atención y el cuidado, como sostiene Vanzini (2010), desde la singularidad de cada persona mayor con una perspectiva holística; la propuesta será siempre hacer de la calidad de vida y del respeto a las decisiones del otra/o, el motor de la intervención. En el ámbito de los CP habrá mucho para hacer, más en las etapas finales de la enfermedad, donde la realidad nos confrontará con el sufrimiento (Vanzini, 2010); y en esas ocasiones, acompañar será un saber estar que también se podrá asumir como profesionales.

Lamentablemente, se puede observar en el caso expuesto a continuación que la integralidad propuesta no siempre está garantizada, menos aún la participación de las familias, de la comunidad y de diversas/os profesionales. Se puede apreciar también una de las tantas formas de violencia que es el silencio institucional ante la angustia de una familia y la falta de respuesta por parte de un sistema cruel, una forma de vulnerar sus derechos, de no escuchar a las partes involucradas y de no hacerlas partícipes de las decisiones.

Mora Juárez, ¿un caso efectivo de “cuidados”?

Con lo antes mencionado, se hace alusión a situaciones de violencias vividas, como el caso Manolo Juárez, recu-

perado de la nota periodística de su hija Mora Juárez en Página 12 (4 de Agosto de 2020), que si bien sucedió en un contexto de crisis, no justifica el accionar del sistema; la situación lejos está de ser un caso aislado. Durante la pandemia se implementaron diversas estrategias para intentar paliar el Covid-19; una de las más efectivas (y a su vez, discutidas por la población), fue el llamado "aislamiento social preventivo y obligatorio", la cual refiere a una "medida gubernamental con el objetivo de resguardar la salud colectiva; de este modo la población en general debe permanecer en sus domicilios" (Carchak y otras/os, 2020, p. 2), y al interior de las diversas instituciones de salud, también fue necesario tomar medidas restrictivas para reducir el contacto humano. Se restringieron, y hasta prohibieron las visitas, como fue el caso de la "Fundación Favalaro" donde permaneció internado Manolo.

El tipo de estrategias implementadas responde a un modelo de política sanitaria que es "perverso", como menciona Mora, que abandona; que expulsó a la familia de Manolo, que no dio cuenta de las necesidades que él y su familia tenían y que no pudo evitar que se agregara un daño mayor (ya que durante la internación, contrajo coronavirus). En este caso, como en tantos otros, el sistema continúa viendo a las personas que se encuentran internadas como un número, como un "paciente más". El sistema sanitario no dio cuenta de los principales cuidados que necesitaba, negándole el derecho a una salud integral, "Murió por un sistema que lo apagó, lo devastó y lo abandonó" (Juárez, 4 de Agosto de 2020). La violencia que se generó en esta situación fue tal que: "Siempre, siempre aislado de sus familiares. Durante algunos días no pudimos ni tomar contacto telefónico con él" (Juárez, 4 de Agosto de 2020). En la nota periodística, Mora destaca el accionar de otras instituciones sanitarias como el caso del Hospital Rossi, en el cual permitían que un familiar se internara con la persona a ser tratada.

Tampoco obtuvieron información sobre CP, no les informaron sobre su posibilidad y tal vez los beneficios que le podrían haber traído a su padre y a su familia. Por ende, no solo le quitaron el derecho a poder decidir sobre su propia internación o proceso de enfermedad, sino que además le negaron el derecho a la información, el derecho a acompañar a su padre al final de su vida y a despedirse de él en el momento en el que falleció. Frente a estas situaciones debería primar una concepción interdisciplinaria que genere un proceso digno tanto en la vida como en la muerte, evitando generar una

iatrogenia (lo que entendemos sucedió en el caso de la familia Juárez).

En contraste, en otras instituciones de salud se han implementado diferentes estrategias impulsadas por las/los profesionales para que pudiera mantenerse el contacto con las/los allegadas/os por videollamada y otros medios tecnológicos. De esta forma, no solo circula la información pertinente a los procesos de salud-enfermedad-atención, sino también la referida a la cotidianidad de la persona internada, con el objetivo de que no se convierta en un "objeto" de la política pública, sino que sea considerada como sujeta/o de derechos.

Conclusión

Este artículo buscó dar cuenta, como sostiene D'Urbano (2016) que el acceso a los CP integra el derecho a la salud y ésta como cuestión social expresa problemáticas sociales complejas que atraviesan el ámbito de intervención desde su heterogeneidad, singularidad y complejidad. El derecho a los CP requiere de un sistema de salud para ponerlo en práctica, no implica únicamente prevenir y curar, sino también sortear sufrimientos evitables y promover las condiciones para garantizar los derechos, particularmente los de las personas mayores si se tiene en cuenta la Convención (Ley 27.360, 2017). Por sobre todas las cosas, requiere de una escucha atenta y comprensiva de las personas y familias involucradas, ya que su participación es fundamental en cualquier intervención.

Los CP son parte de la política pública hacia las vejeces (aunque no exclusivamente) y tienen como eje principal brindar respuestas humanizadas ya que son un Derecho Humano inalienable; contribuyendo a garantizar la autonomía, la toma de decisiones, el derecho a la salud, a un sistema integral de cuidados y a vivir libres de violencia. Por lo tanto, pueden fomentar una imagen positiva de las vejeces, libres de estereotipos y reducir la violencia estructural y social, en términos de Rueda Estrada (2008).

Es primordial problematizar las políticas de cuidado en general, y los CP en particular, retomando siempre el carácter conflictivo entre los diversos actores presentes en escena: el Estado, el mercado, las familias, las/os actores de la comunidad y las/os diversas/os profesionales que intervienen en esta problemática. También, es clave remarcar la importancia de la desfamiliarización del cui-

dado para centrar la responsabilidad estatal en cuanto aparato hospitalario e insumos requeridos por los CP; sin menospreciar el accionar familiar a la hora del acompañamiento de la persona que recibe este tipo de cuidados. El artículo comenzó con la pregunta “¿Cuáles son los aportes que pueden realizar los cuidados paliativos, como política pública, para garantizar los derechos de las personas mayores?”, estos no sólo son innumerables, sino que es fundamental un equipo interdisciplinario en donde circule la palabra y el conocimiento; y en el cual se recupere la voz de las personas mayores para lograr garantizar los derechos de las mismas.

En cuanto al rol profesional, “El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas” (Atencio, 2012, pp. 83-84); las personas son más que números en una base de datos; son personas que lloran y se ríen, que sufren pero que también tienen deseos; y el Trabajo Social tiene la posibilidad de acompañarlas. Esta profesión puede realizar un aporte significativo para garantizar los derechos de las personas mayores que reciben CP. Apelando así al ejercicio profesional crítico en el campo gerontológico,

como sostienen Sala y Daniel (2012), el cual lleva a cuestionar sobre la posibilidad de expresión de necesidades y deseos de las personas mayores, como sujetas/os de derechos y no como objetos de cuidado, recuperando y acompañando sus (quizás) últimos deseos.

Concluyendo, lo central es respetar la dignidad de las personas involucradas (la familia, el entorno y la/el llamada/o paciente); como así también sus decisiones. Y el Trabajo Social como profesión que muchas veces se desenvuelve en el marco del Estado, tiene la posibilidad de contribuir a dignificar los tratamientos a los que la persona se somete, como también disputar para que las políticas de cuidado se lleven a cabo respetando los deseos de las personas partícipes. Se debería velar para que no ocurran más sucesos como los de Mora Juárez y familia; ninguna otra persona mayor debería morir aislada, alejada de sus afectos, desinformada y sin conocimiento acerca de las diversas posibilidades respecto de su tratamiento. La creciente visibilización de situaciones como éstas, en virtud de debates públicos que se generan gracias a ellas, contribuye no sólo al avance en la afirmación de derechos sino también en la regulación del poder de las/os médicas/os en este tipo de realidades (Alonso y otras/os, 2013).

Bibliografía

- Aguirre, R. (2007). Cap VIII Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. En CEPAL, *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros* (págs. 187-199). Santiago de Chile.
- Alonso, J. P. (2005). La experiencia de la atención en Cuidados Paliativos. Un abordaje desde las trayectorias del paciente con la enfermedad. *III Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani*.
- Alonso, J. Luxardo, N. Poy Piñeiro, S y Bigalli, M. (2013). El final de la vida como objeto de debate público: avatares de la "muerte digna" en Argentina. *Sociedad*.
- Atencio, V. (2012). Capítulo 6. De padecimientos, sujetos, instituciones e intervenciones. En Tello, C. y Danel, P, *Decolonialidad, identidades divergentes e intervenciones* (págs. 80-88). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Trabajo Social: Editorial de la UNLP.
- Carchak Canes, M. Merlo Laguillo, Y. Manes, R. Melechenko, L. Savino, D. Di Gregorio, C. y Jové, C. (2020). Vejece Desiguales En Cuarentena Aislamiento Social, Preventivo Y Obligatorio. Centro de Estudios de Ciudad- Facultad de Ciencias Sociales.
- Croas, R. (2016). Capítulo VI. Cuidados progresivos a lo largo de la vida I: sistema de cuidados progresivos. Autonomía personal en contextos institucionales. Derechos humanos en personas con fragilidad y dependencia. En FLACSO. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. SENAMA, *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur* (págs. 167-188).
- D' Urbano, E. (2016). Trabajo Social y Cuidados Paliativos: un aporte para los equipos de salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Enríquez Rodríguez, C. (2015). Economía Feminista y Economía del Cuidado. Aportes Conceptuales para el Estudio de la Desigualdad. *Nueva Sociedad* (256), 30-44.
- Gómez Da Silva, A. De Moura Pontes, A. Monteiro Heniques, R (2009). El cuidado como categoría analítica en la enseñanza basada en la integralidad. En R. Pinheiro, *Enseñar salud. La integralidad y el SUS en los cursos de nivel de grado en el área de la salud* (págs. 133-153). Editorial Teseo.
- Instituto Nacional contra la discriminación, la Xenofobia y el racismo- INADI (2017) Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2019). Manual de Cuidados Paliativos para Cuidadores. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Juárez, M. (4 de Agosto de 2020). A mi papá lo mató un sistema perverso. *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/282981-a-mi-papa-lo-mato-un-sistema-perverso>.
- Ley 27.360: Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. (2017). Congreso de la Nación Argentina.
- Oddone, M. J. y Pochintesta, P. A. (2017). Actitudes de los adultos mayores de la ciudad de Buenos Aires ante las políticas y los programas para la vejez. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 14(1), 105-114.
- Olaizola, P. R. (2006). ¿Qué lugar ocupa el Trabajador Social en el área de Cuidados Paliativos? Universidad Nacional de Luján.
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el final de la vida- CO-NICET. (s.f.). Documento sobre cuidados paliativos en relación con el final de la vida.
- Roqué, M. y Fassio, A. (2016). Capítulo I. los Desafíos del Envejecimiento: Políticas Públicas y Envejecimiento. En FLACSO. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. SENAMA, *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur* (págs. 13-43).
- Rueda Estrada, J. D. (2008). Capítulo 6. Violencia y Maltrato a las Personas Mayores. En Rueda Estrada, J. D. (Coord) *El Maltrato a las Personas Mayores: bases teóricas para su estudio*. Universidad de Valladolid. Junta de Castilla de León.
- Sala, D. y Danel, P. (2019). Capítulo 7. Tramas teórico - metodológicas del Trabajo Social en el campo gerontológico. En Tello, C. y Danel, P, *Decolonialidad, identidades divergentes e intervenciones* (págs. 89-101). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Trabajo Social: Editorial de la UNLP.
- Tripodoro, V. Veloso, V. Llanos, V. (2015). Sobrecarga del Cuidador Principal de Pacientes en Cuidados Paliativos. *Argumentos* (17), 307-330. Publicación del Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Vanzini, L. (2010). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. *Documentos de Trabajo Social* (47), 184-199.
- Yuni, J. y Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 151-169.

Artículos seleccionados

El acompañamiento como categoría y las instituciones contemporáneas

Sierra Noelia^a

Fecha de recepción:	18 de marzo de 2021
Fecha de aceptación:	7 de junio de 2021
Correspondencia a:	Sierra Noelia
Correo electrónico:	noe_sierra@hotmail.com

a. Lic. en Trabajo Social. Docente e investigadora UBA/ IIGG.

Resumen:

En el presente artículo se propone introducir reflexiones en torno a la noción de acompañamiento como categoría teórica pujante para poner en cuestión y analizar procesos vinculados al bienestar de las/os sujetos, el lazo y la integración social. Se apela en la política pública a la cuestión del acompañamiento, aflora en sus discursos y lineamientos para el abordaje de campos problemáticos, siendo este un emergente punto de ingreso para la indagación teórica. Para abordar el análisis avanzaremos poniendo como tema central la cuestión del vínculo entre la/os usuaria/os, la/os profesionales y las instituciones para establecer una relación dialógica entre el concepto de acompañamiento con las políticas de transferencia de ingresos y los avances normativos, de manera de poder abrir el análisis a nuevas perspectivas que echen luz sobre las vacancias en las tramas institucionales. El enfoque se orienta luego a presentar la tarea de acompañar en tanto oficio desde una lógica de reciprocidad. Para darle lugar por último a dos dimensiones que adquieren formas y sentidos particulares, pero que reúnen cierta estabilidad en la práctica del acompañamiento institucional si tomamos en cuenta lo inter-subjetivo, nos referimos al tiempo y a la presencia.

Palabras clave: Acompañamiento - Instituciones - Tiempo - Presencia.

Summary

This paper is aimed to introduce reflections about the concept of accompaniment as a powerful theoretical category to question processes related to subject well being bonds and social integration. Accompaniment is appealed in public policies emerges in its speeches and guidelines addressing problematic fields we emphasize the links between users prof and institutions. The dialogic relationship between accompaniment income transfer policies and regulator y advances in order to shed light on the vacancies in the institutional. Networks this approach is oriented to present the job of accompaniment as a profession from a logic of reciprocity. We refer to time and space in order to give rise to dimensions which acquire special forms and meanings taking i to account the inter subjectivity.

Key words: Accompaniment, institutions, time, presence.

Introducción

"Acompañar es el oficio de hacer humanidad"

Cornu Laurence¹

Durante los últimos años se ha revitalizado el debate sobre cuál es el rol rector que debe tomar el Estado frente a situaciones que impliquen la intervención sobre lo social así como la función que tendrá el sector público en el abordaje de temáticas urgentes y complejas. En estos planos de la discusión, queda en evidencia los desafíos que surgen en materia de institucionalidad estatal y que requieren del diseño de políticas para la atención efectiva de las demandas.

El concepto de acompañamiento se visualiza como una categoría teórica pujante para poner en cuestión y analizar procesos vinculados al bienestar de las/os sujetos, el lazo y la integración social. Se apela en la política pública a la cuestión del acompañamiento, aflora en sus discursos y lineamientos para el abordaje de campos problemáticos, siendo este un emergente punto de ingreso para la indagación teórica. De esta manera, se percibe la necesidad de profundizar en su desarrollo analítico ya que, a priori, no hay un cuerpo nutrido conceptual sino más bien es una noción que se presenta polisémica al interior del campo disciplinar del trabajo social, siendo quizá esta su mayor riqueza.

Por lo tanto, en el marco de estos debates, reflexionar acerca del valor del acompañamiento institucional resulta, aún, con sus claro-oscuros, un tema central. Si bien

para quien escribe el tema del acompañamiento es una categoría que está siendo trabajada hace un tiempo en el marco de su formación de posgrado como tema de estudio, la propagación global del brote de coronavirus y las muertes "solitarias" que lamentablemente se han producido en unidades de terapia intensiva relanzaron el interés y la necesidad de volver sobre este escrito.

Principalmente para nuestra disciplina, más allá de la especificidad y lugares al interior de ella, se vuelve necesario abrir estos debates porque el acompañamiento como respuesta institucional a una problemática social, es un tema sensible al que se evoca con frecuencia en los clichés de la intervención. Cuando se problematiza en la noción de acompañamiento nos encontramos interpeladas/os, se abren preguntas y se desafía el trabajo cotidiano en la construcción de una estatalidad que garantice derechos y, a su vez, se centre en las necesidades singulares de quien los reciba. Ambas dimensiones, el derecho y la singularidad, no necesariamente caminan juntas, y más cuando se trata de acompañar a otra/o que siempre es otra/o - Otra/o, si lo contemplamos desde una lógica de la alteridad.

Algunos interrogantes que, consideramos, ayudan a pensar y conceptualizar la categoría de acompañamiento:

- ¿Cómo se presenta la demanda en torno al acompañamiento y sus derechos?
- ¿Qué distingue el acompañamiento a un/a otro/a en la práctica específica del trabajo social? ¿Qué consecuencias tiene el acto de acompañar en términos de protección de derechos?

1. Laurence es profesora de la Universidad de Tours perteneciente al equipo EES (Educación- Ética- Salud). En, Trabajar en Instituciones: Los oficios del lazo. Frigerio, Korinfe y Rodríguez, 2017.

- ☛ ¿Qué implica el proceso de acompañamiento frente a la necesidad de dar respuesta institucional a una problemática social?
- ☛ Siendo uno de los desafíos también analizar qué incidencia tiene las políticas de acompañamiento para la efectivización de derechos y qué efectos genera en el trabajo ante problemáticas sociales complejas.

Para poder aportar respuestas a lo que venimos diciendo, este escrito se estructurará en cuatro partes. En primer lugar, relacionaremos el concepto con los estudios sobre pobreza persistente y las políticas de transferencia de ingresos. Luego analizaremos la dimensión del acompañamiento desde lo institucional y su vinculación con los avances en el plano normativo-legal celebrados en nuestro país. En tercer lugar, se reflexionará sobre la noción de acompañamiento como categoría pujante y como oficio, orientando el análisis a re-centrar su valor como dimensión que favorece procesos de inscripción del sujeto en la trama institucional. Por último, se presentarán dos dimensiones que adquieren formas y sentidos particulares pero que reúnen cierta estabilidad en la práctica del acompañamiento institucional si tomamos en cuenta lo inter-subjetivo: no referimos a la cuestión temporal y la presencia en la práctica del acompañamiento institucional.

Pobreza persistente y acompañamiento

Desde el plano de las políticas públicas, estudios recientes sobre *pobreza persistente* dan cuenta que el mejoramiento de las condiciones de vida de las/os sujetos no se resolvería única ni inmediatamente por la vía de la distribución del ingreso. Por tratarse de una condición de privación generalizada y extendida en el tiempo, es necesario avanzar hacia una perspectiva *situacional del abordaje* para su mejoramiento (Clemente, 2014). En las experiencias cotidianas institucionales (nos referimos a intervenciones profesionales en centros de salud, escuelas, dispositivos de atención a problemas de consumo, centros juveniles, etc.) se evidencia una serie de expresiones complejas de la cuestión social que abarcan características objetivas y subjetivas de los problemas sociales. Nos estamos refiriendo a *las problemáticas sociales complejas* (Carballeda 2005). Sus formas no son estáticas,

ya que su expresión responde a varias cuestiones, entre ellas la diversidad de valores preponderante en los tiempos actuales, la crisis de derechos y deberes subjetivos y el declive de la institución clásica (Dubet 2006) e interactúan en la tensión entre necesidades y derechos; expectativas y dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad social y creciente desafiación².

Los problemas sociales devienen complejos al configurarse una suma o combinación de varias circunstancias problemáticas indivisibles de la realidad. Las demandas que llegan a las instituciones presentan una *acumulación de desventajas* (Saravi 2005) configurando en la intervención un sentido de *caracol*, que implica para quien interviene la imposibilidad de definir prioridades en su acompañamiento dada la gravedad de las situaciones. Nos referimos a situaciones vinculadas a la vulneración de vínculos y relaciones humanas, territoriales y sociales, las que, en palabras de Gómez, “*darían lugar a una serie de demandas de intervención en la complejidad*”. Situaciones graves desde el punto de vista de las condiciones de vida y las relaciones humanas, asociado a la persistencia de los problemas sociales y las múltiples vulneraciones de derechos” (2013:35).

Son historias de vida que, además que interpelan a las políticas públicas y las modalidades de atención, necesariamente requieren de una mirada y escucha más detenida no solo por la gravedad y la histórica desatención, sino, porque su resolución requiere niveles de coordinación, integralidad en los abordajes, tiempos diferenciales y una clara iniciativa para la remoción de obstáculos presentes en los modos de funcionamiento de las instituciones competentes. Este tipo de situaciones debe analizarse a partir de distintas variables que permitan desentrañar sus condiciones y causas, así como los mecanismos de reproducción de la misma. En este punto, no sólo debe considerarse la cuestión de los ingresos sino también la interacción de otros aspectos como los que se producen entre las redes informales, las organizaciones locales, las instituciones y las familias (Glenester 2008).

La pobreza persistente no es un estado temporario causado por un acontecimiento específico o puntual, sino

2. Entendemos por problemáticas sociales complejas a la tensión entre necesidades, derechos sociales y ciudadanos que generan distintas formas de padecimiento expresándose en forma probabilística en todos los sectores sociales. Carballeda Alfredo, Margen Nº 35, Buenos Aires, 2005. Disponible en <http://www.margen.org/suscri/numante.html>

más bien está asociado a una serie de demandas de intervención en la complejidad. Las personas que padecen este tipo de pobreza pueden, además, padecer otro tipo de problemas que obstaculizan sus posibilidades para superar esa condición como enfermedades crónicas, adicciones, problemas de salud mental, urgencias subjetivas, estigmatizaciones y segregaciones, precarización laboral, falta de "redes de apoyo", vínculos familiares y barriales conflictivos, dificultades en el acceso a derechos, entre otros (Belziti et.al., 2018).

En este sentido, discutir la lógica del acompañamiento en el marco de la estatalidad no es algo de fácil resolución, dada la gravedad, la urgencia y la historia de desatención con la que conviven. Además y tal como advierte Soldano (2009), el modo de recepción de programas sociales incide en la transformación de los relatos identitarios de las/os sujetos, lo que requiere necesariamente analizar esto en términos de tensión entre las subjetividades contemporáneas y la institucionalidad existente. Recentrar la dimensión del acompañamiento estatal se enmarca en la necesidad de una re profesionalización de la intervención social entendida como una estrategia que debe propiciarse para cambiar la tendencia reproductora de los padecimientos persistentes (Clemente 2014).

Asimismo, cuando hablamos de protección social, en la actualidad parecería existir una coincidencia en que una posible estrategia para atender a la población identificada de extrema pobreza es la puesta en ejecución de programas y proyectos con enfoque situacional que promuevan a la vez el enlace con los dispositivos sociales universales y de trabajo (Clemente: 2014; Jara y Sorio 2013) de ahí, los conceptos como "proximidad" (Clemente 2020) "cercanía" (Laurino y Leopold 2015), "asistencia personalizada y continua" (Gómez 2013; Belziti et.al: 2018) "presencia constante" (Sierra: 2016) y "acompañamiento" (Funes y Raya, 2001; Aguirre: 2013; Carballeda 2013; Cornu: 2017; Mora: 2019; Danel: 2020) cobran, renovado protagonismo.

Las estrategias de abordaje en materia de política social que contemplan la dimensión del acompañamiento, parecen ser un campo fértil ya que, la calidad del vínculo,

la interacción y la cercanía dan cuenta de algunas mejoras en materia de acceso, efectivización de derechos y bienestar. No obstante, la copiosa bibliografía que ha identificado los efectos negativos de una tendencia a la focalización, ampliamente desarrollada durante los años 90, motiva algunas líneas de reflexión ineludibles ¿Es posible concebir las estrategias de focalización o atención por caso como una estrategia viable en la intervención social? ¿Este enfoque de recepción de demandas complejas pierde de vista que las raíces de los problemas sociales se estructuran en la desigual distribución de recursos, materiales y simbólicos? Las alertas provenientes de visiones críticas indicarían que, en los acompañamientos continuos y personalizados, se agudiza cierto estigma al asociar los problemas de pobreza con la "mala conducta", a una tendencia a la individualización al riesgo o a la psicologización de las problemáticas sociales. Estas posturas solo promueven la superación de la pobreza mediante, por ejemplo, la activación personal o el cambio de conductas, como una apuesta a "intervenir sobre los otros" (Dubet 2000) con el objetivo de transformar al individuo, hacerla/o autónoma/o, responsable y segura/o de sí misma/o ante los riesgos.

Se suma en la configuración de estos enfoques "de proximidad" que las/os profesionales que intervienen son generalmente ubicadas/os como mediadores, como enlace entre la/os sujetos y la matriz del bienestar social, procurando ser puente hacia programas y proyectos generalmente fundamentados desde una perspectiva de restitución de derechos (Zorrilla: 2006). Lo que conlleva particulares dificultades en la coordinación, articulación, en el diseño y principalmente en la implementación de políticas públicas. Muchas veces frente a las limitaciones institucionales del orden presupuestario, administrativo y/o normativo para acompañar las/os profesionales se encuentran obligados a poner en juego herramientas de índole más personales, e inclusive íntimas, sobreimpresionando aspectos informales a la tarea en términos institucionales. Así, sobrevalorada la motivación personal, vocacional o incluso militante³ (Rivas 2016) de quien acompaña, quedan desplazadas discusiones urgentes que permitan re-centrar el valor de la dimensión institucional del acompañamiento como servicio o recurso estable de la misma.

3. Rivas realiza una descripción que ilustra esta lógica cuando hace una distinción para pensar la relación entre lo público-estatal, las políticas públicas y los trabajadores del Estado, afirma que la presencia de la figura del militante imprimiría nuevos sentidos al oficio y a las prácticas en el campo del trabajo social. A diferencia de lo que él denomina las burocracias estatales encontrará en la figura del trabajador militante nuevos sentidos al interior de los programas y proyectos que tienen un trabajo sobre los otros, "sobran los ejemplos donde las políticas públicas ejecutadas pudieron cumplir sus objetivos ayudadas más por las pasiones y voluntades de sus agentes que por el estricto cumplimiento de las normas" (Rivas, 2016, 2).

Las instituciones y el acompañamiento

Resulta necesario, para el análisis, dar cuenta también que la dimensión del acompañamiento tiene que ver con el avance en el plano normativo-legal en nuestro país. De manera progresiva, casi todas las leyes que se sancionaron entre el 2003 y el 2015, significaron una ampliación de derechos, reconocimiento que cristaliza las luchas de diversos actores y actrices y en los que se incluyen, a su vez, a trabajadoras/es y usuarias/os de las mismas⁴. Estos instrumentos normativos buscaron desarticular procesos que vulneraron las subjetividades tal como el modelo manicomial para la ley de salud mental o el principio tutelar hacia menores que reguló por más de 100 años las cuestiones de infancia en nuestro país. Estas fueron anunciadas como leyes de vanguardia, de avanzada y también como punto de inflexión porque de alguna manera se proponían desarmar sistemas de poder fuertemente enraizados en las prácticas. Sin embargo, dichos progresos no siempre se ven plasmados en las prácticas y en el orden de lo institucional. Solo para poner unos ejemplos podemos mencionar las disparidades en la implementación de ESI en las escuelas, su falta de consolidación, y en algunos casos de creación, de Sistemas de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes en diferentes provincias del país siendo la cuestión de la implementación uno de los mayores desafíos. En palabras de Woronowski *las leyes siempre son una oportunidad, sin embargo no resuelven las complejidades ni las formas de padecimiento subjetivo que la vida conlleva. Lo que sí, definen las condiciones que no pueden estar ausentes en los abordajes y dispositivos que alojen el padecer* (2018:45).

Como otro de los desacoples, en las intervenciones de las/os trabajadoras/es sociales sucede que los tiempos institucionales en materia de respuesta a las demandas no necesariamente coinciden con el tiempo de las/os usuarias/os de servicios públicos, con esto queremos decir que en ocasiones se presenta un a-destiempo entre lo que la institución refiere tener qué hacer, cuándo hacerlo y cómo hacerlo y las significaciones que las/os sujetos le otorgan a dichas políticas de acompañamiento, cuyas modalidades de intervención se configuran sobre sus demandas.

Tal como expresa Arias (2018) la institucionalidad de los nuevos derechos requiere modificar no sólo cues-

tiones superestructurales, sino también prácticas, rutinas y representaciones que muchas veces se encuentran enquistadas en nuestras instituciones y que se localizan, también, en el lugar de las/os agentes. El quehacer de las instituciones y por lo tanto de las/os trabajadora/es sociales pasaría, en este sentido, a cobrar un interés estratégico para vehicular acciones que puedan traducirse en procesos de socialización, acompañamiento y finalmente en la efectivización de derechos. La dimensión del acompañamiento aflora en muchos principios rectores de estas normativas, y si uno de los retos en la actualidad es la de construir instituciones que oficien de sostén, encontramos en este plano bases sobre las cuales se planean las políticas de trabajo en la intervención y nos llaman a la reflexión en relación a los desafíos entre la oferta disponible y lo que es necesario o anhelado en materia de institucionalidad estatal para acompañar problemática complejas.

El acompañamiento en tiempos de declive de la institución moderna

Indagar en las estrategias y modalidades de intervención en las instituciones que llevan a cabo profesionales del trabajo social y que tienen por objeto acompañar situaciones complejas no es posible sin la exploración de las condiciones de producción de la subjetividad de nuestra época, las mutaciones del lazo social contemporáneo y los dispositivos hegemónicos de poder que producen operaciones de construcción de sentidos, huellas, sensibilidades y también, malestares y padecimientos (Seoane 2012). Analizar qué efectos tiene el acto de acompañar en términos de protección de derechos es una tarea que no puede hacerse descontextualizada de las condiciones políticas, socio-históricas, e institucionales que operan directa o indirectamente en ese sentido.

En este punto dos cuestiones son de análisis ineludibles: el declive de la institución moderna y los cambios en el devenir del sujeto contemporáneo, siendo importante entonces reparar en las condiciones de las instituciones en la modernidad tardía y el sujeto en ellas.

Diversos intelectuales (Fernández: 1999; Lewkowickz: 2004; Cantarelli: 2017) orientaron sus análisis y aportaron reflexiones sobre la subjetividad en tiempos de pen-

4. Por ejemplo, la Ley de Protección de Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, la obligatoriedad de la escuela media, la Ley de Salud Mental, Ley de matrimonio igualitario etc.

samiento "no estatal", donde las instituciones no construían sentido y cohesión social tal como lo hicieron en otra época. En la organización política de los siglos XIX y XX, la/os sujetos circulaban por instituciones que se presentaban ligadas una a otras, en una relación de interdependencia, como piezas de un rompecabezas. La familia, la escuela, el sindicato, la iglesia estaban unidas y cada una de ellas producía sujetos que eran necesitadas/os por las otras. Lewkowickz denomina a dicho funcionamiento como una "coordinación institucional" o como un "encadenamiento institucional" (2004). El tejido institucional complejo aseguraba el diálogo entre los diversos agentes sociales. Advierte Cantarelli, "era represiva y disciplinadora aunque también integradora" (2017:1). La maquinaria estatal producía en un mismo movimiento subjetividad disciplinada y libertad a través de la subjetivación. Era un tiempo de cohesión asegurando en mayor o menor eficacia, vida en común.

Ahora bien, las coordenadas han mutado. El Estado - Nación se encuentra en transformación, produciendo a su vez modificaciones en las operatorias institucionales. Actualmente vivimos un tiempo de fragmentación, de ausencia de reciprocidad (op.cit 2) entendida como una desarticulación entre las partes y el todo, entre el Estado y las instituciones.

Dubet (2006) denomina a este proceso como el declive de las instituciones modernas. Nos referimos a la pérdida de la capacidad mediadora de las instituciones como signo de debilitamiento de su forma de *trabajo sobre los otros* y de la desarticulación de los procesos de socialización y subjetivación. Para el sociólogo francés, la mayor parte de los programas institucionales modernos fueron contruidos como burocracias, como construcciones racionales, de reglas y roles puestos en funcionamiento por actores impregnados de un ethos común, por una vocación. En términos de organización, esas burocracias eran relativamente simples y livianas, a causa de la claridad de las finalidades que exhibían y, sobre todo, de la fuente homogeneidad de profesionales que comparían la misma vocación.

Con el advenimiento de la modernidad tardía⁵, se empieza a cuestionar la idea de un sujeto representado por las instituciones en sentido clásico y sus marcos de

socialización tradicional. Se evidencian transformaciones en su función de sostenimiento, sociabilización e incluso también en las respuestas a las nuevas demandas sociales. El declive del programa institucional es un signo, entre otros, de la larga mutación de los relatos de la modernidad "*la cohesión social ya no se basa en la adhesión supuestamente unánime a valores comunes ni a una definición trascendente y compartida del bien: ya no hay un dios común, ni un soberano sagrado ni demasiada autoridad tradicional*" (Dubet, 2011: 85). En consecuencia, los patrones institucionales se presentan debilitados y en pleno proceso de revisión. En ese marco, las/os sujetos atravesadas/os por contextos de inestabilidad ven afectados sus modos de socialización y subjetivación, impactando a su vez en los recorridos biográficos. Señala Dubet. "*en un mundo que llevaba en sí la pluralidad de valores, la promoción del espíritu crítico y el derecho de los individuos a determinarse el gusano ya estaba en el fruto*" (2006: 421). En este sentido podemos decir que el declive de las instituciones forma parte de la modernidad en sí y no solo como una mutación o crisis del capitalismo.

De modo que los cuestionamientos que surgen, los problemas que se sostienen en el tiempo, que no tienen respuesta acabada, se imponen cotidianamente y sirven, a su vez, como material de análisis en este escrito: ¿De qué hablamos cuando hablamos de instituciones contemporáneas? ¿Es posible producir efectos institucionales en términos de derechos, socialización, acompañamiento y sostén con instituciones que fueron pensadas por otro momento fundacional? Si las instituciones son mediaciones que producen un sentido colectivo vale preguntarse si éstas siguen produciendo esas mediaciones con un sentido para el común y de ser así qué estatuto tienen.

Las prácticas de acompañamiento se desarrollan en marcos organizacionales y normativos que las condicionan en un tiempo singular. Las/os trabajadoras/es montan sus estrategias en torno a esta práctica buscando invertir sentidos e intenciones entre viejos paradigmas y nuevos retos, motivo por el cual resulta importante recenrar el lugar de lo institucional como espacio complejo pero necesario para la efectivización de derechos y aquí adquiere visibilidad la potencia del acompañamiento como un *posible* para este fin.

5. Resulta importante mencionar que consideramos más oportuno hablar de modernidad tardía que de posmodernidad ya que como afirma Dubet no se evidenciaría una ruptura brutal de un modelo al otro sino una suerte de prolongada implosión surgida de la modernidad en sí cuando se prosigue el proceso de racionalización, de desencanto y diversificación de la vida social y de sus representaciones (Dubet 2006: 64).

Elogios (y tensiones) del acompañamiento: una categoría emergente

Si bien el acompañamiento como respuesta institucional que garantiza los mecanismos para dar respuestas a las demandas sociales se evoca con frecuencia en los clichés de la intervención, desde lo teórico, esta categoría ha sido poco estudiada. Su evocación, tanto en discursos como en lineamientos de abordaje de campos problemáticos⁶ dan el ingreso para su indagación y profundización analítica dando pie a que como profesionales y académicas/os habilitemos tal discusión.

Por ello, resulta necesario romper con la idea del acompañamiento como categoría explicada únicamente en la dimensión instrumental, ya que detrás de cada acompañamiento hay un modelo de sociedad y de organización que delimita un modo de definir los problemas sociales y por consiguiente de establecer las características que tiene o debería tener la/el sujeto destinataria/o (o no) de esa acción. En la práctica de nuestra disciplina se observa que el acompañamiento se piensa como una categoría omnipresente y omniexplicativa, perdiendo oportunidad de elaborar conceptualizaciones teóricas que realmente puedan motorizar procesos de transformación institucional y efectivización de derechos.

Así, este planteo encuentra su razón al pensar su matriz de análisis tanto desde la falta de elaboración de sustentos conceptuales como también de delimitar su genealogía para las ciencias sociales y especialmente en el campo de la intervención del trabajo social a partir de las luces y sombras que se advierten a su alrededor. Al indagar, podemos dar cuenta de un enfoque más descriptivo, ya que se trata de un saber-hacer, el cual está presente en el centro mismo de la intervención social - con su acumulado histórico. Pero también debemos sumar cierto esquema exploratorio que se impone en la necesidad de conocer un fenómeno, que dé cuenta de aquellas características que este tiempo requiere para analizar y definir qué acompañar, por qué acompaña el trabajo social y cuál podría ser su contribución.

Si el concepto de acompañamiento encuentra puntos de análisis que operan como techo pero también como piso desde el cual construir nuevas estrategias institucio-

nales, tenemos que comprender que la tarea de acompañar es inherente a la intervención en lo social y como tal la sostiene pero no se subsume a ella. En este sentido, debemos pensarla siempre en vinculación, en red con el resto de dimensiones que la componen. Un enfoque parcial no da cuenta de las dimensiones institucionales, sociales e históricas que están vinculadas a la práctica. En consonancia con la categoría de cuidado (Ramaccioti y Zangaro, 2019), el determinismo histórico que ve la tarea solo desde quien la da y la/el sujeto que recibe, oculta los hilos que conforman el tejido social. Recomponerlo, ofrece un escenario complejo pero rico para el análisis donde sea posible ver la confluencia de las prácticas y demandas de las/os sujetos con las políticas públicas, las instituciones, las familias, los territorios y las intervenciones de profesionales. El acompañamiento es una *práctica en relación*. Esta cuestión fue trabajada hace ya un tiempo de modo muy lúcido por Nora Aquín en sus trabajos sobre autonomía y heteronomía en el ejercicio profesional dando cuenta que el profesional y su ejercicio considerado individualmente, también es un producto social, socializado en un campo profesional en medio de relaciones de fuerza que van estableciendo en el proceso de profesionalización (Aquín, Custo y Torres 2012).

Acompañar tiene tras sí una historia en nuestra disciplina de miradas peyorativas. Desde un punto de vista, se asocia en general la tarea de acompañar a la ayuda altruista, de control y desde una posición paternalista que reduce esta práctica a dos condiciones: que haya un saber experto (avalado por certificaciones académicas) que sabe cómo acompañar y un sujeto a quien en general se la/o presenta incapaz para dejarse acompañar. Este empobrecimiento teórico, ético y político nos impide adentrarnos en reflexiones urgentes y necesarias en los tiempos actuales donde, además, la modernidad ensalza y celebra un discurso hegemónico que pondera la autonomía, la activación del “yo” (Merklen 2013) y la autosuficiencia. El modelo meritocrático aún vigente juzga y discrimina a quienes podrían necesitar recurrir a sostenes institucionales. Ante esto, los desafíos políticos y sociales en nuestro tiempo requieren revisar ese horizonte de sentido marcado por el individualismo, justamente por lo que produce en términos subjetivos: desolación, desamparo, perplejidad. Referen Ramaccioti y Zangaro: “*son las relaciones humanas de interdependencia*

6. Por ejemplo los anuncios recientes de la SEDRONAR en el programa “Potenciar Acompañamiento”, el Programa “Acompañar” que propone el acompañamiento a pacientes leves con Covid-19 buscando su alojamiento en unidades extra-hospitalarias o el Programa Acompañar que forma parte del Plan Nacional de Acción contra las violencia por motivos de género 2020-2022.

las que nos constituyen como sujetos y las que dan identidad a nuestras sociedades" (2019:10).

Así, una categoría que se presta a múltiples acepciones y usos cotidianos en la práctica disciplinar, se convierte en una herramienta que podría describir de manera más global prácticas institucionales tendientes a asegurar el bienestar de las poblaciones y que requieren de acompañamiento estatal, conformándose como un campo de conocimiento en el que confluían, además, diversas disciplinas.

El oficio de acompañar

La Real Academia entiende por acompañamiento al: *<estar o ir en compañía de otras u otras personas>*, también a *la tarea de estar <juntas o agregar algo a otra cosa>*, o bien de *<existir junto a otras o simultáneamente con ella>*. Así, acompañar significa ir junto a Otra/o. El acompañar inscribe una lógica de relación, de encuentro, constructora de otredad. Graciela Frigerio, incluso, piensa al acompañamiento como un oficio, recuperando la definición de Giorgio Agamben quien lo define *"como palabra y práctica de lo hu-mano y como lo relativo a una función comunitaria. (Agamben citado por Frigerio 2017: 48).*

Resulta interesante la idea del acompañamiento como un oficio. Son diversas y cuantiosas las tareas y las problemáticas en el ejercicio de nuestra profesión en donde el acompañamiento es un eje u objetivo de la labor. Sin embargo, no siempre se encuentra formalizado y jerarquizado este *saber-hacer*. Acompañamos frente a situaciones de violencia de género, ante consumos problemáticos, en el marco de consejerías pre y post aborto, a pacientes que se dializan semanalmente, y también ante la necesidad de cuidados paliativos para un morir mejor. En segundo lugar, porque coincidimos con Dubet en la necesidad de defender los oficios ya que en palabras del sociólogo *"cuanto más se apoyan los actores en un oficio, más serena es su experiencia de trabajo"* (Dubet, 2006:443). La posibilidad de jerarquizar el trabajo de acompañamiento está en objetivarlo, en el sentido de mostrarlo y decir *"éste es el resultado de mi intervención"*. Para dicho autor, el oficio permite mediatizar la relación con los otros a partir de objetivos y acuerdos comunes, evitando de este modo la *"deriva relacional"*. Es importante subrayar que Dubet cuando piensa el oficio no habla de profesión en relación a las competencias y cualificaciones profesionales únicamente, sino en la capacidad de producir algo, de conocerlo y de hacerlo reconocer: *"por más que el oficio no sea reducible a los diplomas y a las cualifica-*

ciones reconocidas, importa que pertenezca a los individuos, que sea propiedad de ellos y no se evapore al mínimo cambio de entorno y organización" (Dubet 2006: 444).

Inscribir el acompañamiento como un oficio podría motorizar aperturas de nuevas experiencias pero, sobre todo, porque propiciaría avanzar hacia procesos de institucionalización de una tarea que corre permanentes riesgos de envanecerse ante los reiterados contratos precarios, inciertos y cortoplacista que impiden proyectar una tarea que implica el encuentro y relación con la/ el otra/o. Se utiliza el concepto de acompañamiento en singular pero creemos que lo más adecuado es hablar de acompañamiento en plural con el fin de evitar cualquier postura que tienda a estandarizar y cristalizar una única manera de entender los modos que en el trabajo social adscribe esta práctica. Queremos decir con esto que, si bien se podría pensar que ante cada problemática social es necesario personalizar un modo de acompañar que recupere las particularidades de la expresión de esa problemática, es importante no perder de vista el contexto total donde se inserta para encontrar puntos comunes en las prácticas de otra/o colegas. Este concepto permite esta doble entrada, de la que podremos formalizar en un estudio en profundidad.

El acompañamiento humanizado

"Hace muchos años, un estudiante le preguntó a la antropóloga Margaret Mead lo que ella consideraba ser la primera señal de civilización en una cultura.

El alumno esperaba que Mead hablara sobre anzuelos, ollas de arcilla o piedras de afilar.

Pero no. Mead dijo que la primera señal de civilización en una cultura antigua era un fémur (hueso del muslo) roto y cicatrizado. Mead explicó que en el reino animal, si te rompes la pierna, morís. No puedes correr del peligro, ir al río para beber agua o cazar comida. Sos carne fresca para los depredadores. Ningún animal sobrevive a una pierna rota por tiempo suficiente para que el hueso se cure.

Un fémur roto que cicatrizó es evidencia de que alguien tuvo tiempo para quedarse con el que cayó, trató la herida, llevó a la persona a un lugar seguro y cuidó de ella hasta que se recuperó.

*«Ayudar a alguien durante la dificultad es donde comienza la civilización»
dijo Mead.*

(Del muro de Cora Garmarnik y de Diana Marina Garmarnik que a su vez lo tomó de Sheila O Adan de la red social Facebook)

Partimos de considerar la categoría de acompañamiento como un fenómeno exclusivamente humano, en este sentido, aunque parezca redundante, hablaremos a partir de ahora de acompañamiento humanizado justamente para visibilizar esta característica, en función del acto de reconocimiento implícito en la práctica de acompañar.

El acompañamiento humanizado opera ofreciendo una *lógica de amparo subjetivo* frente aquello que el sujeto pueda significar como su padecimiento⁷, propiciando la seguridad ontológica, es decir, su ser en el mundo. Sin esto, tal como advierten Di Leo y Arias, sería imposible habitar un mismo universo social con otras/os seres humanos (2018:167), porque esta lógica está marcada por la vivencia que pueda experimentar la/el sujeto acompañada/o, por ejemplo: reparación subjetiva, bienestar, justicia, sosiego y esperanza, entre otros. En general, el concepto de acompañamiento humanizado está siendo usado por especialistas que acompañan a las personas que se encuentran en el final de sus vidas. Se acompaña teniendo como horizonte un *mejor morir*, principalmente no haciéndolo solos/as. Con ese mismo norte, nuestra perspectiva de un acompañamiento humanizado es la de promover una mejor vida, una vida digna de ser vida.

El acompañamiento en situaciones complejas, en la medida que enlaza una serie de disposiciones, medidas y garantías, posibilita la inscripción institucional. A diferencia de la figura de *puerta giratoria*⁸ (Ezcurra: 2012), el oficio de acompañar permite el tránsito de las personas por las instituciones componiendo lógicas de sostén adaptadas a las subjetividades de época y que favorecen procesos de apertura y disposición para que el sujeto pueda habitarlas. En general cuando una institución diseña un plan o protocolo de acompañamiento se requiere no solo que el sujeto llegue - el acceso inicial es necesario pero no suficiente - (Wagner 2013) sino también que permanezca y pueda sostener un proceso. El proceso refiere a un tipo de secuencia, trayecto, recorrido, pasaje que se produce en el vínculo entre las/os sujetos y las instituciones.

El acompañamiento se transforma, pensado de este modo, como la dimensión que coadyuva en la inscrip-

ción del sujeto en la trama institucional, pero no de cualquier manera, sino como *acto de reciprocidad*, entre lo que la institución ofrece operando en *situación* y lo que el sujeto puede tomar de ella (o potencialmente hacerlo), en ese singular momento subjetivo en el que se encuentra.

Por eso, el proceso de acompañamiento que procuramos describir opera en el seno mismo de la dimensión institucional. No opera ni por fuera, ni sobre tal dimensión. Ana Arias, en este sentido da cuenta que el Trabajo Social ha tenido un modo de vincularse con lo institucional desde la ruptura y la denuncia, especialmente en lo público - estatal.

“Revisando los textos canónicos de la disciplina surge con claridad esta cuestión. Por citar un ejemplo en el texto. La Práctica del Trabajador Social” compilado por el CELATS en la década del 80 aparece el trabajo social como mediador entre los usuarios y las instituciones. Graficado con la idea de un triángulo en el cual el trabajo social ocupa casi el mismo tamaño que los otros dos ángulos (usuarios e institución) se coloca en una postura equidistante. Esta idea de la mediación es compleja por varios motivos, pero el más complejo de ellos es que identifica al trabajador/a social por fuera de la institución” (Arias, 2020: pág. 4).

Este lugar de *ajenidad* para pensar la dimensión institucional del acompañamiento, es problemático en la medida que contribuye a sostener posiciones extremas, que van de la potencia heroica a la impotencia del sin sentido, y que en ocasiones terminan en pasajes al acto, acciones no mediadas por la reflexión profesional, que no contribuyen al reconocimiento de derechos o relegada a una cuestión únicamente instrumental en donde lo importante es *lo que hace o deja de hacer* o incluso *cómo lo hace* la/el profesional que acompaña.

Para hacer compañía institucional es necesario componer una estatalidad que le otorgue relevancia, nos referimos a: reglamentaciones, protocolos, procedimientos situados, equipo de expertas/os calificadas/os y presupuesto robusto, pero principalmente estable para hacer sostenible el oficio de acompañar en el tiempo que las problemáticas contemporáneas lo demandan. El acom-

7. Entendido el padecimiento como expresiones complejas de la cuestión social que abarcan características objetivas y subjetivas de los problemas sociales (Carballeda, 2005). Disponible en <http://www.margen.org/suscri/numante.html>

8. La autora refiere a la problemática de los estudiantes ingresantes y las dificultades para favorecer la permanencia en el nivel superior.

pañamiento, inscripto en sistemas garantes de derecho sociales, requiere de una institucionalidad que lo sostenga. No es posible pensarlo desde acciones desacopladas, incomunicadas, heroicamente ficticias (De la Aldea y Lewkowicz 2004), incluso insostenibles. No puede ser una acción de agentes solucionadoras/es omnipotentes/omnipresentes que trabajen en soledad (Sierra 2016:40). Dicho de otro modo, el derecho al acompañamiento merece un tratamiento particular. Si afirmamos que el acompañamiento no es ayuda altruista, tal afirmación nos compromete a discutir y poner en la agenda pública la necesidad de sostenerlo como una política institucional frente a problemáticas sociales.

Por esto coincidimos con Arias que el acompañamiento entendido de este modo "(...) *requiere revisar las propuestas institucionales de acuerdo a nuevas demandas, que no pueden ser abordados desde intervenciones fragmentadas en el marco de proyectos sin raigambre institucional, sino que deben ser servicios que permitan su sostenimiento y su incorporación como repertorio estable de recursos*" (Arias 2013:10). Si acompañar es *hacer entrar en compañía* (Cornú 2017) la entrada la estamos pensando en dos planos: un acompañamiento que permita la inicial acogida y posterior tránsito en (por) la institución y a su vez la construcción del vínculo *de confianza* entre la/el profesional y el sujeto. Ambos planos operan en simultáneo y es en esa simultaneidad en la que nos interesa pensar un acompañamiento humanizado, que efectivice derechos y reconozca lo más singular de quienes se permiten *ser y estar* acompañados. Así un acompañamiento humanizado buscará encontrar un *ritmo* en el que se respete ese tiempo subjetivo común entre las condiciones y responsabilidades de la dimensión institucional y lo posible de la condición humana. Esta operación en situación coadyuvará, a nuestro criterio, en un renombramiento institucional que fortalezca la confianza en las instituciones.

Dimensiones del acompañamiento

Proponemos, a modo de ir culminando, dos dimensiones que adquieren formas y sentidos particulares, pero que reúnen cierta estabilidad en la práctica del acompañamiento institucional si tomamos en cuenta lo inter-subjetivo.

La dimensión del tiempo en el acompañamiento

Las problemáticas sociales complejas en las que pensamos que el acompañamiento es un eslabón central, requieren en general de tiempo para su resolución. En general, en las intervenciones de las/os trabajadoras sociales los tiempos institucionales en materia de respuesta a las demandas no necesariamente coinciden con el tiempo de la/os usuaria/os, ocasionando un a-destiempo entre lo que la institución refiere tener que hacer, cuándo hacerlo y cómo hacerlo y las significaciones que la/os sujetos le otorgan a dichas políticas de acompañamiento, las cuales configuran modalidades de intervención sobre los mismos. Además desde la perspectiva del acompañamiento humanizado resulta importante que el sujeto esté dispuesta/o a ser acompañada/o. Por tanto, la lógica del "tempo" del acompañamiento, es decir las implicancias propias de ese caminar juntas/os será una construcción propia de la relación que se establecerá entre la/el acompañada/o y la/el acompañante rompiendo con el esquema dominante del pensamiento temporal desde lo cronológico y dándole lugar a las múltiples temporalidades (Danel: 2020) que habitan los procesos de intervención¹⁰.

La presencia como una dimensión del acompañamiento: la presencia y los límites. La palabra *presencia* refiere a un *estar, a un mirar y a una especial disposición de alguien para otro/a* (Sierra 2016:40). La disposición es corporal entonces gestual, lingüística y sensorial. Cuando las/os trabajadoras sociales decimos que *ponemos el cuerpo*, lo anunciamos porque configura nuestra práctica interventiva. Pensemos, sin ir muy lejos, la centralidad que tiene la presencia en la tarea de acompañar en un tiempo de pandemia, el cual requiere readecuar esta condición para preservar la vida: entonces ensayamos presencia virtual, presencia con barbijo, presencia con distanciamiento social. Refieren Di Leo y Arias: "*la presencia, el estar, es una condición fundamental del vínculo, que tensiona de manera continua los espacios y tiempos institucionales*" (2018:165). Por ello, hablar de presencia también es hablar de límites. En una práctica que se ofrece inter-subjetiva, hacer compañía institucional es revisar permanentemente hasta dónde acompañamos, cuáles son los límites de *ese caminar juntas/os ósea*, qué confianzas construir que favorezcan la emancipación y autonomía del otra/o.

9. Tempo (en plural, tempi), movimiento o aire en terminología musical hacen referencia a la velocidad con la que debe ejecutarse una pieza musical.

10. Las/os colegas que trabajan acompañando a personas que tienen un vínculo complejo con sustancia psicoactivas grafican con mucha claridad cómo la intervención debe contemplar estrategias de acompañamiento institucional flexibles para darle lugar al tiempo subjetivo de la persona que demanda ser acompañando a un ritmo que no necesariamente se presenta secuenciado, cronológico, previsible ni estable pero eso no quiere decir que no haya vínculo. Son vínculos que requieren de modos organizacionales que puedan dialogar con esos singulares tiempos subjetivos con más o mejor dicho otra armonía.

El oficio de acompañar, aunque se pueda presentar idealizado, no está excusado de dificultades. Es frecuente que dada la densidad emocional que se pone en juego en tanto quehacer intersubjetivo surjan malestares y desavenencias a raíz del proceso. La *incomodidad* será, entonces, una vía de ingreso para la comprensión de la complejidad de la tarea y su consideración, brújulas valiosas en el marco de la intervención dado que, tal como sostiene Candil “*acompañar es un complejo en el que convergen múltiples sentidos, significaciones y técnicas de registro*” (2016:7).

Notas finales

En este capítulo nos propusimos presentar algunas elaboraciones preliminares que den cuenta del lugar que ocupa la tarea de acompañamiento institucional en la experiencia de las/os trabajadoras sociales. El intento fue en perspectiva de analizar la dimensión del acompañamiento como una categoría que requiere de nuevas elaboraciones teóricas que, ampliando y anudando nuevos sentidos, relaciones y discusiones sobre renovado protagonismo. Persigue como meta reflexionar sobre una práctica que está cobrando visibilidad en las agendas estatales a través de programas y planes nacionales a partir de los cuales se busca mejorar la calidad de vida de las personas, fundamentalmente construyendo condiciones de acceso a derechos. En segundo lugar, se ha vinculado el concepto con los estudios sobre pobreza persistente y las políticas de transferencia de ingresos analizando el modo en que las estrategias de abordaje en materia de política social

que contemplan la dimensión del acompañamiento, parecen ser un campo fértil en algunas mejoras en materia de efectivización de derechos y bienestar. Asimismo se analizó la noción de acompañamiento como categoría pujante y como oficio, orientando el análisis a ponerla en valor como dimensión que favorece procesos de inscripción del sujeto en la trama institucional y como práctica central en la profesión del trabajo social, que muchas veces, este *saber hacer*, se presenta des-jerarquizado e invisibilizado, con lo que esto implica en términos disciplinares. Por último, se delinearon dos dimensiones que adquieren formas y sentidos particulares -pero no únicos- que reúnen cierta estabilidad en la práctica del acompañamiento institucional si tomamos en cuenta lo inter-subjetivo: nos referimos a la cuestión de las múltiples temporalidades y la cuestión de la presencia, la disposición y la mirada en la práctica del acompañamiento institucional.

La posibilidad que tenemos las/os contemporáneas/os de avanzar hacia modelos de acompañamiento institucionales sensibles y humanos dependerá de cuanta lectura de contexto tendremos, poniendo en valor razones como el reconocimiento de la diversidad social y de las disidencias sexuales, las expectativas colectivas, los criterios de igualdad frente a la persistente y escandalosa desigualdad, el enaltecimiento de la alteridad, el lugar de lo público estatal, y la capacidad de elección de quienes históricamente son las/os postergadas/os. Esto implica recentrar el lugar clave de lo institucional para la efectivización de derechos y la potencia del acompañamiento profesional como un *posible* para esta concreción.

Bibliografía

- Arias, A (2012) Pobreza y Modelos de Intervención. Aportes para la superación del modelo de asistencia y promoción. Espacio. Buenos Aires
- (2013) "Trabajo social, organizaciones y nuevas demandas". En Testa, M. *Trabajo Social y Territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- (2020): "El problema del triángulo. Trabajo Social e instituciones en una propuesta del CELATS". Escenarios, Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, Año 20, N° 31.
- Arias, A. y Di Leo, P. (2019) "Hacer(se) sujetos de derechos: singularidad y responsabilidad en el encuentro entre instituciones y jóvenes" En Jóvenes e instituciones. *El derecho a ser en barrios populares*. Espacio. Buenos Aires.
- Aguirre B. (2013) El acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social. Asociación Zubietxe 54
- Aquín N., Cuesto E. y Torres E. (2012) "El problema de la autonomía en Trabajo Social" En Revista de Trabajo Social FCH-UNCPBA. Tandil, Año 5 – N° 8.
- Belziti C. et al (2018) "Seis prioridades para el abordaje integral de la pobreza persistente". En: La accesibilidad como problema de las políticas sociales. Un universo de encuentros y desvinculaciones. Clemente A (compiladora) Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Candil, A. (2016) *Acompañar a usuarios intensivos de drogas: el papel de las redes de proximidad en los tratamientos ambulatorios*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/814/81447566009/index.html>
- Cantarelli, Mariana (2005): "Fragmentación y construcción política: de la demanda a la responsabilidad" Cuartas jornadas NOA-NEA de cooperación técnica con equipos de gestión provincial. 2005 en Roque Saénz Peña, Chaco.
- Carballeda, A. (2013) *La intervención en lo social como proceso*. Una aproximación metodológica. Buenos Aires. Espacio. Buenos Aires.
- (2008). *La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social* en Revista Margen N° 48.
- (2002) "La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales" Paidós. Buenos Aires.
- Clemente, A (2020) (Com) Abordajes locales de adolescentes y jóvenes de los sectores populares Políticas, programas e intervenciones en el conurbano de la Provincia de Buenos Aires Acuerdo de Cooperación: UNICEF Argentina - Centro de Estudios de Ciudad (CEC Sociales)
- (2014) (Comp) *Territorios Urbanos y Pobreza Persistentes*. Espacio. Buenos Aires.
- Cornu L. (2017) Trabajar en Instituciones: Los oficios del lazo. Frigerio, Korinfel y Rodríguez.
- Danel P. "Habitar la incomodidad desde el trabajo social" Escenarios, Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, Año 20, N° 31.
- De La Aldea, E. y Lewkowicz, I. (2004). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud Recuperado de <https://www.xpsicopedagogia.com.ar/la-subjetividad-heroica>.
- Dubet, F. (2006). *El declive de la Institución*. Editorial Gedisa. Barcelona. Pág. 17 a 62.
- De Sousa Santos, B. (2011): "Epistemologías del Sur", Utopía y Praxis Latinoamericana, Año 16, No 54. Universidad del Zulia
- Ezcurra, A (2011) "Igual en educación superior". Universidad Nacional de Sarmiento.
- Fernández, A. (1999) Las instituciones estalladas. Buenos Aires. Eudeba.
- Frigerio G, Korinfel D y Rodríguez C. (2017) "Trabajar en instituciones. Los oficios del lazo" Noveduc
- Funes, J. y Raya, E. (2001). El acompañamiento y los procesos de incorporación social, Guía para su práctica. (Documento de Trabajo). Federación Sartu, Dirección de Bienestar Social, Gobierno Vasco
- Glennerster, H (2008) "Conceptos y metodología para analizar la pobreza crítica y la desigualdad persistente". Paper presentado en el 4° Congreso Nacional de Políticas Sociales "Pobreza crítica y desigualdad persistente. El desafío de las políticas de inclusión social", AAPS, FCJS/UNL. Ciudad de Santa Fe
- Gómez, A. (2013) ¿Nuevos problemas o respuestas viejas? En Testa, M. *Trabajo Social y Territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Jara, P y Sorio, R (2013) Análisis de modalidades de acompañamiento familiar en programas de apoyo a poblaciones vulnerables o

- en situación de pobreza. BID: División de protección social y salud.
- Laurino, C. Leopold S. (2015) “Los límites de la asistencia: análisis del programa social uruguayo “Cercanías” Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 124, p. 746-771, out./dez
- Lewkowicz, I (2004) “Pensar sin estado. La subjetividad en la era de la fluidez”. Buenos Aires: Paidós
- Merklen, D (2013) “Las dinámicas contemporáneas de la individuación” en CASTEL, R.; KESSLER, G.; Murard, N.; Merklen, D. Individuación, precariedad, inseguridad. ¿Desinstitucionalización del presente? Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Mora, F “Dispositivos de acompañamiento”. Revista de Política Social. Universidad de Moreno. Año, Número 4, 2019.
- Quijano, A. (2014): “*Colonialidad y modernidad-racionalidad*”, en *Palermo, Zulma y Quintero*, Pablo (Comp.): Anibal Quijano. Textos de fundación. Ediciones del Signo. Buenos Aires, Argentina.
- Ramacciotti, K. I., Zangani, M. (Comp.) (2019). Los derroteros del cuidado. Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes, Unidades de Publicaciones del Departamento de Economía y Administración. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/1025>
- Rivas, N. (2016) “Lo público: entre las normas, las políticas y los sentidos” En Revista Debate Público. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/07/03_ed_Rivas.pdf
- Saraví, G (2006) “Biografías de exclusión: desventajas y juventud en Argentina. Perfiles latinoamericanos, 14(28), 83-116. 22 Aspectos instrumentales de la intervención La Entrevista.
- Seoane I (2012) “Subjetividades sitiadas Intervenciones en la infancia en tiempos de vacilación de la Ley Escenarios institucionales en la ciudad de La Plata” Tesis para obtener el grado de Maestría. Universidad Nacional de la Plata.
- Sierra, N. “*Presencia constante*” Revista de Política Social. Universidad de Moreno. Año 3, Número 4, 2016.
- Soldano, D. (2009). “El Estado en la vida cotidiana. Algunos desafíos conceptuales y metodológicos de la investigación sobre política y biografía”. En Frederic, Sabina y Soprano, Germán (comps.) Política y variaciones de escalas en el análisis de la argentina. Buenos Aires, Prometeo- Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Wagner, A. (2013). *Volviendo sobre el concepto de accesibilidad en diálogo con el territorio. Apuntes de experiencias extensionistas, en clave de investigación.* En: TESTA, M.C (Org) Trabajo Social y territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones. Buenos Aires: Espacio.
- Woronowskm (2018) “Encrucijadas” En Producción de Subjetividad Año 2 · Número 4 Revista de salud www.revistasoberania-sanitaria.com.ar
- Zorrilla S. (2016) “Tensiones y desafíos en la implementación de los programas de acompañamiento familiar focalizados en la extrema pobreza”. III Foro. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Trabajo Social.

Fuentes documentales:

- Programa Potenciar acompañamiento:
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237590/20201124>
- Programa “Acompañar”: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/234705/20200909>

Artículos seleccionados

Mujeres presas y tareas de cuidado: Un castigo diferencial para las “Malas Madres”

Barrera Yael^a y Santoro Neiman Tamara^b

Fecha de recepción:	4 de marzo de 2021
Fecha de aceptación:	31 de mayo de 2021
Correspondencia a:	Santoro Neiman Tamara
Correo electrónico:	tamarasantoroneiman@gmail.com

- a. Magister en Diseño y Gestión de Programas y Políticas Sociales (FLACSO - Sede Argentina). Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- b. Lic. en Trabajo Social. UBA. Trabajadora de la Asociación Civil Shalom Bait, Centro Integral de la Mujer Trayectorias por una vida sin violencia y Fenía Chertkoff.

Resumen:

El presente artículo tiene por objeto reflexionar sobre la intensidad que adquiere la desigualdad en las mujeres presas en Argentina. Interesa, en clave de género y desde un enfoque multidimensional, indagar cómo se expresa el estereotipo de mujer-madre-cuidadora en sus trayectorias de vida atravesadas por el encierro. Las preguntas que motivaron esta reflexión se orientan a cuestionar cuán profunda es la desventaja en la que se encuentran estas mujeres, así como a visibilizar las particularidades del encierro y el castigo que a estas “malas madres” les cabe. Desde este punto de vista, se entiende al sistema penal como un espacio social que no queda por fuera del entramado patriarcal y que reproduce estereotipos de género asociados a la responsabilidad

exclusiva de las mujeres como cuidadoras. En este sentido, la institución penal se presenta como un lugar de disciplinamiento, de configuración genérica de la población presa y de reproducción de desigualdades. Este artículo se enmarca en la línea de estudios cualitativos y de género que pretende visibilizar aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad, así como también combatir el tradicional sesgo androcéntrico del sistema penal punitivo. En esta línea, una de las conclusiones de este trabajo expresa que a las mujeres en prisión les cabe un castigo diferencial, donde el sistema penal se activa para disciplinar a aquellas que no encajan con el tipo ideal. En efecto, y como se desarrollará, aún privadas de su libertad, continúan ejerciendo de manera excepcional el rol social de cuidadoras.

Palabras clave: Institución penal - Tareas de cuidado - Castigo diferencial.

Summary

This article aims to reflect the impact that acquires in female prisoners in Argentina. In terms of gender and from a multidimensional approach, to investigate how the stereotype of woman-mother-caregiver is expressed in their life trajectories traversed by confinement. The questions that motivated this reflection are aimed to reaffirm how deep is the disadvantage in which these women find themselves, as well as to make visible the particularities of the confinement and the punishment that these "bad mothers" are entitled to. From this point of view, the penal system is understood as a social space that is not outside the patriarchal framework and that reproduces gender stereotypes associated with the exclusive responsibility of women as caregivers. In these sense, the penal institution is presented as a place of discipline, of generic configuration of the prisión population and of reproduction of inequalities. This article is part of the line of qualitative and gender studies that aims to make aspects of social reproduction visible in the light of inequality, as well as to combat the traditional androcentric bias of the punitive criminal system. One of the conclusions of this work expresses that women in prisión have a differential punishment, where the penal system is activated to discipline those who do not fit the ideal type. Indeed, and as it will developed, even deprived of their freedom, they continue to exercise the social role of caregivers in an exceptional way.

Key words: Penal institution, care tasks, differential punishment.

“¿Qué es lo más importante en la vida de una mujer? Cuidar y seguir cuidando y volver a cuidar a otros y a otras, toda la vida, de día y de noche. ¿Cómo? De múltiples maneras, social y culturalmente determinadas: por roles, funciones, espacios. La semejanza de las mujeres, en la cultura y en la sociedad patriarcal, está dada por el cuidado vital de los otros”

Lagarde, 2005

Introducción

El presente artículo tiene por objeto reflexionar sobre la intensa situación de desventaja en la que se encuentran las mujeres presas en Argentina. Interesa indagar cómo se expresa el estereotipo de mujer-madre-cuidadora en sus trayectorias de vida atravesadas por el encierro y el castigo penal. Se parte de entender que la cárcel funciona como lugar de encierro y castigo para la población excedente en términos de mercado, y que a las mujeres presas les cabe un castigo diferencial relacionado con los estereotipos de género que las atraviesan, particularmente el rol social de cuidadoras. En consecuencia, y entendiendo la problemática en sus múltiples dimensiones, interesa identificar elementos de la realidad para reflexionar sobre la particularidad de estas desventajas a las que se enfrentan las mujeres en prisión.

En primer término, y a los fines de aproximación a la temática, se hará una caracterización de las mujeres presas en Argentina, tomando un enfoque multidimensional de la desigualdad. Esta perspectiva permitirá explorar diferentes dimensiones o esferas de análisis, de clase, de género y la dimensión penal, para dar cuenta de la intensidad que adquiere la desigualdad en las mujeres en prisión. En este sentido, se adhiere a los aportes de Kessler (2014), quien plantea que para delimitar esferas o dimensiones de desigualdad se deben seleccionar un grupo de indicadores relevantes, “aquellos que lo sean estructuralmente, por la forma en que inciden en el bienestar, y también por ser parte de las controversias actuales” (Kessler, 2014, p.41).

Para dicha caracterización, se utilizarán los informes elaborados por el Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (en adelante, SNEEP),

la Procuración Penitenciaria de la Nación (en adelante, PPN) y el “Informe sobre Mujeres en Prisión en Argentina” (2013) de la Defensoría General de la Nación (en adelante, DGN). Luego, se abordará cómo se expresa el estereotipo de mujer-madre-cuidadora en la particularidad de las mujeres presas, pensando a las maternidades en y desde el encierro. En este sentido, se abordará cómo la institución penal actúa disciplinando a las mujeres que delinquen, las “malas madres”, por apartarse de su rol de cuidadoras. En un tercer apartado y como cierre, se expondrán las conclusiones sobre la intensidad que adquiere la desigualdad en las mujeres presas en el escenario planteado: aún privadas de su libertad, continúan ejerciendo de manera excepcional las tareas de cuidado. Se profundizará sobre esta cuestión considerada central, entendida como un castigo diferencial que les cabe a las mujeres presas en este marco.

¿A qué mujeres selecciona el sistema penal en Argentina?: Aproximación a la temática desde la multidimensionalidad

El género ha sido históricamente un factor central en la construcción de desigualdades al estructurar distinciones sociales y culturales entre hombres y mujeres para significar diferencias biológicas como jerárquicas: de poder, de status, de roles y de ingreso económico. Es así que, se propone pensar la desigualdad de las mujeres presas en su multidimensionalidad para analizar aspectos económicos, políticos y culturales de su situación, entendiendo a la desigualdad como fenómeno indisoluble de las relaciones de poder (Reygadas, 2014).

La pena privativa de la libertad tiene distintas implicancias para varones y mujeres y el sistema penal¹ suele desconocer esta diferencia, tendiendo a invisibilizar los requerimientos propios de las mujeres presas y sus particularidades. En igual sentido, los estudios feministas vienen dando cuenta de la necesidad de puntualizar la complejidad de las desventajas para el caso de las prisiones de mujeres, y la forma en que los procesos de criminalización femenina se nutren de los colectivos de mujeres económica, social y culturalmente más fragilizadas (CELS, 2011).

En esta línea, retomando a Alessandro Baratta (2004) pensar la criminalización como proceso, resulta clave

1. Al hablar de sistema penal se hace referencia a las instituciones penitenciarias, las normas jurídicas y las prácticas judiciales.

para comprender el modo en que las representaciones sociales de género y clase impactan directamente en las prácticas de selectividad penal de determinados grupos. En este sentido, se puede afirmar que la criminalización sobre ciertas poblaciones empieza mucho antes del inicio del proceso penal y persiste aún después del egreso de la cárcel. La mencionada selectividad penal actúa sobre las poblaciones oprimidas de manera tal que, si bien las hipótesis de actos y circunstancias planteadas en la ley se presentan con un carácter general (todos/as los/as que cometan el acto señalado en las circunstancias descritas tendrían que ser criminalizados/as), en la práctica sólo una parte de la población es seleccionada por el sistema penal a través de un proceso complejo en el que operan estereotipos sociales de género, clase, raza, entre otros. Similar argumentación presenta Daroqui (2012) al referirse al sistema penal como una cadena punitiva enlazada por tres eslabones: el policial, el judicial y el custodial, donde solo un grupo constituye -selectividad penal mediante- parte de la clientela del encierro.

En una primera aproximación y de acuerdo a las estadísticas oficiales, la cantidad de mujeres detenidas ha sido histórica y considerablemente menor a la cantidad de varones, oscilando entre un 3 y un 5%. En efecto, en el último informe del año 2019 de la SNEEP representaban un 4.4% del total de personas presas.² Sin embargo, en la actualidad se observa que el encarcelamiento de mujeres ha sido mayor en comparación con el de los varones. En este sentido, el informe de la DGN (2013) sobre mujeres en prisión sostuvo que "en muchos países del mundo, al igual que en Argentina, el número de mujeres que se encuentran privadas de libertad ha ido aumentando y se ha incrementado de forma desproporcionada en comparación con lo ocurrido con los hombres detenidos. En Argentina, el número de mujeres detenidas en cárceles federales aumentó el 193%, mientras que la población masculina creció el 111% desde el año 1990 hasta el año 2012" (DGN, 2013, p. 5). Ante este alarmante incremento en el encarcelamiento de mujeres, una explicación para este fenómeno puede encontrarse en el informe de la SNEEP (2017) donde se afirma que existe "un importante número de estudios realizados hasta el presente acerca de las mujeres privadas de liber-

tad en nuestra región, que indican que un alto porcentaje de ellas están cumpliendo sentencias por delitos no violentos relacionados principalmente con la infracción a la ley de drogas"³ (SNEEP, 2017, p. 4). De esta manera, las políticas extremadamente punitivas constituyen la fuerza motriz del encarcelamiento masivo de mujeres por delitos de drogas, no solo en Argentina sino en toda América Latina. En Argentina, Brasil y Costa Rica, más del 60% de la población penitenciaria femenina está detenida por este tipo de delitos.⁴

En cuanto a las razones por las cuales estas mujeres se involucran en situaciones delictivas, los estudios sobre el tema muestran que su participación se enmarca en estrategias de supervivencia económica por ser las principales responsables del cuidado de personas dependientes, siendo también coaccionadas por sus parejas u otras personas, en contextos de relaciones de poder de abierta desigualdad (De Miguel Calvo, 2014). En este sentido, el mismo informe de la DGN (2013) destaca que "más del 85% de las mujeres consultadas fueron condenadas por delitos motivados por razones económicas, los que incluyen delitos relacionados con drogas y robos. El Censo Nacional argentino del año 2001 registró que las mujeres estaban a cargo del 81,75% de los hogares monoparentales y la mayoría de estos hogares eran pobres" (DGN, 2013, p. 7).

El fenómeno de la monoparentalidad, por su parte, es habitual en las trayectorias de vida de mujeres presas. Esto es relevante para este trabajo al entender que la maternidad en solitario y su ejercicio asociado al rol exclusivo del cuidado, constituye un factor determinante para comprender la intensidad de su situación de desigualdad. En este escenario, el mercado ilegal de drogas se les presenta casi como único camino posible para garantizar -o no- la reproducción cotidiana de ella y de sus hijos/as. En cualquier caso, afirmando lo dicho, la figura de la tenencia y/o contrabando de estupefacientes evidencia que las mujeres se encuentran en el último eslabón de la cadena y, por ende, expuestas a una situación de vulnerabilidad más extrema: al ser quienes adquieren mayor visibilidad en el entramado delictivo, son las seleccionadas de manera preferencial por el sis-

2. El informe anual del año 2019 de la SNEEP arroja que la población penitenciaria detenida está compuesta en un 95.5% masculina (96.108 varones), 4.4% femenina (4.413 mujeres) y 0.1% trans (113 personas transgénero).

3. La PPN, en su Informe Anual del año 2019 sobre la situación de los Derechos Humanos en las cárceles federales de Argentina, afirma que el fenómeno de la profundización del encarcelamiento de mujeres por delitos de drogas puede mantener una estrecha vinculación con las políticas de seguridad desplegadas en la anterior gestión de gobierno al poner en marcha el Plan Nacional conocido como "Argentina Sin Narcotráfico"

4. Datos disponibles en <https://www.wola.org/es/mujeres-politicas-de-drogas-y-encarcelamiento-en-las-americas/>

tema penal punitivo, quedando generalmente por fuera de este proceso quienes ocupan niveles más altos en las organizaciones de narcotráfico.

Por otra parte, resulta indispensable referir a las violencias por motivos de género padecen estas mujeres, tanto en espacios de encierro como fuera de ellos. El informe de la PPN (2019) arroja información alarmante: “la violencia en los espacios carcelarios forma parte de los mecanismos de gestión y control de las fuerzas de seguridad dentro de los penales. Además de las prácticas de violencia más explícita o directa, existen otras técnicas que revisten cierta institucionalidad que, a pesar de su impronta de normalización, son también expresiones de otras violencias estructurales” (PPN, 2019, p. 407). Es así que prácticas de requisas, traslados, aislamiento, se entrecruzan con la dimensión de género, impactando de modo diverso y más intenso sobre los colectivos de mujeres, expresando esta otra violencia estructural.⁵ Es importante reparar en la utilización de los espacios psiquiátricos en las cárceles de mujeres. Esta modalidad específica de tortura y malos tratos se define por “el trasladado arbitrario a los espacios psiquiátricos de las unidades, acompañado por la aplicación de medicación por vía inyectable sin el consentimiento de la persona” (PPN, 2019, p. 408).

El traslado a un dispositivo carcelario de supuesto abordaje de la salud mental fue mencionado en el 35% de los casos relevados en el informe, acompañado de un 70% de hechos en donde el tipo de agresión se caracterizó por la aplicación forzosa de una medicación inyectable. En este punto cabe destacar que mientras que en los varones las principales modalidades de agresión son los golpes con borcués y palos, en el caso de mujeres es la aplicación de medicación inyectable. Este hecho permite remarcar la utilización de la medicación como práctica invasiva y abusiva sobre los cuerpos de las mujeres detenidas que, sumado a la ausencia de consentimiento, actúa como un mecanismo más de tortura y malos tratos, así como diferencial para aquellas respecto de los varones.

En síntesis, en esta aproximación al tema, se puede afirmar que las mujeres están, en su gran mayoría, detenidas por delitos relacionados con la ley de estupefacientes, siendo el eslabón más bajo de la cadena de narcotráfico.

Atado a esto, las motivaciones para introducirse en estas prácticas responden a su situación de pobreza y jefatura de hogar monoparental, encontrando en los mercados ilegales un espacio posible para obtener dinero para su supervivencia y la de sus hijos/as. Asimismo, aquellas prácticas se dan, por lo general, en un contexto de relaciones de poder abiertamente desiguales y de coacción. Estos datos reflejan de qué manera en la práctica social múltiples formas de desigualdad pueden anudarse, para el caso que nos convoca, en las trayectorias de vida de las mujeres presas, condensando las dimensiones de género, clase y penal.

Hecho este repaso sobre la situación de profunda desventaja en la que se encuentran las mujeres presas en Argentina, se reflexionará sobre algunos temas clave en los estudios feministas y de género: el ejercicio de la maternidad y la organización del cuidado, en un sentido amplio y también en la particularidad del sistema penitenciario. En este sentido, se abordará cómo la institución penal actúa disciplinando a las mujeres que delinquen, las “malas madres”, por apartarse de su rol social de cuidadoras.

La institución penal como espacio disciplinador para las mujeres

Entre las desventajas que afectan a las mujeres pobres y se intensifican en la institución penal, existe un impacto diferencial en relación a la maternidad y tareas de cuidado. Esto responde al hecho de que su situación particular se ubica en el marco de sociedades patriarcales cuyas instituciones reproducen (aún) estereotipos que asignan a ellas, mediante distintos mecanismos, el rol de responsables primarias de la crianza y cuidado de las/os hijas/os.

En este apartado, se organizará la reflexión en base a dos ejes. Por un lado, en un sentido genérico, en relación al cuidado como práctica feminizada, y atado a ello, la maternidad como objeto de vigilancia atravesada por los modelos de “buena” y “mala” madre. Luego, se abordará esta cuestión en la particularidad de las mujeres presas, a partir de los mecanismos que despliega la institución penal al construirlas como las “transgresoras” en su rol maternal de cuidado y a quienes debe

5. Se han relevado un total de 34 hechos de tortura y malos tratos acontecidos durante el 2019 que tuvieron como víctimas a mujeres y población trans/travesti. De este total, 19 brindaron consentimiento para la presentación de una denuncia penal. El mismo informe sostiene que esta cifra no deja de ser una referencia respecto de la totalidad de hechos de violencia institucional ocurridos dentro de los penales, pues no debe desconocerse la dimensión subterránea, es decir, aquella que no llega a ser denunciada o comunicada a un organismo de control en virtud del temor a represalias.

disciplinar. Esto se expresa, como se desarrollará, en la posibilidad de estar presas con sus hijos/as y/o en situación de prisión domiciliaria.

La organización del cuidado de personas dependientes en nuestras sociedades pone en el centro de la escena la pregunta de quiénes, en qué marco y por qué ejercen esta tarea, apareciendo la familia y el Estado como actores sociales involucrados. Se entraman fuertemente aquí "lo público" y "lo privado", históricamente diferenciados, para pensar a aquel en su organización cotidiana. Se define al cuidado como la acción de asistir y acompañar a un niño, niña o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida. Engloba, por tanto, ocuparse del cuidado material que implica un trabajo, del cuidado económico que implica un costo, y del cuidado psicológico que implica un vínculo afectivo, emotivo y sentimental (Giallorenzi, 2015).

Agregamos a esta definición que la actividad del cuidado ha estado marcada desde los inicios de la vida social por la creencia de que las mujeres (naturalmente) cuentan con una dotación excepcional para este tipo de tareas, creencia que ha sido basamento de la división histórica del trabajo a partir de la diferencia sexual y la organización del mercado laboral. En este sentido, como categoría política, se define a la(s) maternidad(es) como una construcción histórica, cultural y social, perspectiva que permite abordar las particularidades de las diferentes experiencias, que permiten identificar a las maternidades en tanto diversas e históricas (Giallorenzi, 2015).

Desde hace décadas, al interior de los debates feministas, el ejercicio de la maternidad viene siendo revisado en el marco de la llamada ética del cuidado, cuestionando los estereotipos y roles de género que asocian a las mujeres-madres como las principales responsables del cuidado de sus dependientes, en clara posición de desigualdad respecto a los varones-padres, algo fuertemente inscripto en el imaginario simbólico. Estos desarrollos, recientes en relación a los estudios de género en su historicidad, señalan que esta injusta distribución de esfuerzos y tiempo se expresa en las instituciones, legislaciones, opciones de vida, así como en las políticas públicas de cuidado (o en su ausencia). Es así que la maternidad, al igual que otros mandatos de género que moldean la subjetividad femenina, aparece como un objeto de vigilancia sometido a determinadas tecnologías de poder. La imagen de "buena madre" funciona en el imaginario judicial como una ficción organizativa,

y desde allí, la institución penal atribuye a las mujeres significados culturales que se desprenden de su género. Es así que son vistas principalmente como madres o potenciales madres, juzgando su carácter de "buena" o "mala" como tal (Daich, 2008, citado en Fernández Segovia, 2019).

En este punto, resulta importante señalar que la construcción de un ideal, como cualquier otro, se afirma a partir de la construcción de su antítesis: el modelo de la buena madre delinea, al mismo tiempo, el perfil de la madre transgresora, peligrosa, que no cuida, la madre que roba, la madre pobre. Al respecto, Julieta Di Corleto desarrolla en perspectiva histórica el ideal maternal impuesto a las mujeres como parte constitutiva de su deber en tanto identidad femenina. La autora analiza este ideal reforzado por una variedad de discursos, incluido el jurídico-penal, convergiendo en un engranaje que consolida el modelo de la buena madre anclado al hogar y al cuidado, ideal prescindente de consideraciones de clase y cuya materialización en las prácticas resulta difícil de alcanzar. Así, destaca al derecho y la institución penal como dispositivo fundamental de la consolidación del ideal materno, representando las mujeres criminales, de ese modo, la antítesis del ideal modélico de la mujer madre y esposa (Di Corleto, 2018, citado en Deangeli, 2020).

Como fue señalado anteriormente, las prácticas asociadas al delito de las mujeres presas están enmarcadas en estrategias de supervivencia económica por ser las principales responsables del cuidado de sus hijas/os y personas dependientes, como jefas de hogar pobres y monoparentales. En este estado de cosas, es de esperar que su encarcelamiento impacte fuertemente en la organización del cuidado de sus familias, en la vida cotidiana de sus hijos/as y finalmente, de la sociedad en su conjunto. Ante esto, la legislación en nuestro país permite que las mujeres puedan estar detenidas con sus hijos/as en establecimientos destinados a ello, conforme el art. 195 de la Ley N° 24.660 del año 1996. El informe de la SNEEP (2017) arroja que pueden "retener consigo a sus hijos menores de cuatro años quedando en contexto de encierro junto a ellas" (SNEEP, 2017, p. 14). El sistema penal permite el ingreso y permanencia de niñas/os hasta la edad de cuatro años para estar al cuidado de sus madres. Este sistema declara formalmente entre sus objetivos la promoción y fortalecimiento de los vínculos familiares, aunque en la realidad las condiciones materiales y simbólicas no parecieran estar dadas para cumplir estos fines (Manquel, 2019).

No hay duda respecto a que la cárcel es un lugar inadecuado para la crianza de niñas/os y que produce severos efectos en el desarrollo de sus aptitudes físicas, mentales y afectivas, dado que padecen las mismas condiciones deficientes de encierro que sus madres. También se debe señalar que en los casos en que permanecen separadas/os de sus madres, que son la mayoría, los efectos no son menos perniciosos: crecimiento al cuidado y cargo de otros familiares, su institucionalización, incremento de vulnerabilidad económica, abandono de estudios o dificultades de aprendizaje, exposición a la explotación laboral infantil, depresión, y a veces la ruptura definitiva del vínculo materno-filial, ante la ausencia de políticas públicas de cuidado que se ocupen de estas niñeces (CELS, 2011).

Por otra parte, las mujeres presas también pueden acceder a la prisión domiciliaria a partir de la Ley N° 26.472 del año 2009 que amplió los supuestos en los que cabe sustituir la cárcel por el arresto domiciliario, otorgándole una nueva redacción al artículo que incluye a las mujeres embarazadas y a las que son madres de menores de cinco años. La ampliación de la Ley se presentó como un reconocimiento de esta situación, en pos de promover la vinculación materno-filial.

Siguiendo el argumento propuesto, a pesar de que la legislación penal argentina referida se presente como promotora del vínculo madre-niña/o y protectora de las infancias, entendemos que la misma tiene por contenido reforzar y esencializar la responsabilidad materna del cuidado: permite a las mujeres, y sólo a ellas, estar en la prisión junto a sus hijas/os menores de cuatro años, y sólo ellas pueden obtener el arresto domiciliario si tienen hijas/os menores de cinco. Se trata de un reconocimiento legal de la división sexual del trabajo, que promueve la responsabilidad exclusiva de las mujeres como madres-cuidadoras, teniendo en cuenta que (aunque, lamentablemente, resulte una obviedad) la ley no promueve que los varones-padres de niñas/os menores de cuatro años cumplan sus condenas a la vez que se responsabilizan del cuidado de las/os hijas/os, dentro o fuera de la cárcel.

En la particularidad de las mujeres presas lo dicho intensifica su situación de desigualdad: aún privadas de su libertad, continúan relegadas al rol excepcional del

cuidado. Retomando lo propuesto por Di Corleto, la situación de permanecer con hijas/os en prisión así como el instituto de prisión domiciliaria, permite proponer a la institución penal como dispositivo fundamental de la consolidación del ideal materno, que disciplina a las “malas madres”, a las “criminales”, que son construidas como la antítesis del ideal modélico de la mujer madre y esposa (Di Corleto, 2018, citado en Deangeli, 2020). Asimismo, esta situación de desventaja se potencia en la prisión domiciliaria por estar, por un lado, sin ningún tipo de acompañamiento para llevar adelante las tareas de cuidado, recayendo la responsabilidad total sobre ellas, aún más que en la cárcel, y por otro, por continuar bajo control y vigilancia penal.

Escuchar el relato de alguien que pasó por un penal evidencia que la cárcel deja huellas imborrables en la/el sujeta/o, y a su vez, en su grupo familiar⁶. Esto último resulta ser el puntapié para referir al rol de las mujeres presas respecto a mantener los lazos familiares. Esto hace que sufran en mayor medida los efectos del encierro, al significar el desmembramiento del grupo familiar. Por un lado, el sufrimiento aparece ante el efectivo alejamiento de sus hijas/os, y por otro, por configurar a esta situación desde la institución penal como una consecuencia de sus “actos delictivos”, atribuyéndose a ellas la responsabilidad de la desvinculación (CELS, 2011).

En este sentido, puede afirmarse que la maternidad y su ejercicio en prisión, en las condiciones deficientes que propone la institución penal para estas mujeres, se transforma en un complemento punitivo (Safranoff, Tiravassi, 2018). En esta línea, a las mujeres en prisión les cabe un castigo diferencial por su género, su condición de maternidad y de clase, lo que profundiza la situación de desventaja en la que se encuentran.

Reflexiones finales

Se ha intentado visibilizar, desde un enfoque multidimensional de la desigualdad, la particularidad de las mujeres presas en relación a cómo se expresa y refuerza el estereotipo de mujer-madre-cuidadora en la institución penal, y cómo esto intensifica su situación de desventaja, así como impacta en la organización social del cuidado. A partir de lo desarrollado, se puede afirmar que existe

6. Si bien este artículo refiere a la población de mujeres presas, los efectos del encierro en la niñez resultan un tema relevante y poco explorado que debe ser indagado. Para ampliar este tema se sugiere una reciente publicación: “Más allá de la Prisión: Paternidades, Maternidades e infancias atravesadas por el encierro” (PPN, 2019)

un castigo diferencial para las mujeres presas, las "malas madres", para ser disciplinadas, normalizadas en su función social materna, en y desde la cárcel, lo que expresa cómo el sistema patriarcal atraviesa la configuración de la población presa, reproduciendo desigualdades y estereotipos de género: el sistema penal se activa para disciplinar a aquellas que no encajan con el tipo ideal. La situación de permanecer con hijas/os en prisión, así como el instituto de prisión domiciliaria, proponen a la institución penal como dispositivo fundamental de la consolidación del ideal materno, que disciplina a las "madres transgresoras", a las "criminales", construidas como la antítesis del ideal modélico de la mujer madre y esposa.

Es así que, recuperando lo dicho respecto a las trayectorias de vida de estas mujeres, como jefas de hogares monoparentales y principales responsables de la crianza de sus hijos/as, se propone que existe una continuidad en el ejercicio del rol de cuidado de estas mujeres: antes de la prisión, al interior de ellas y en prisión domiciliaria. Complejizando esta cuestión, se presenta una articulación entre los procesos de criminalización histórica de las mujeres pobres y la construcción del ideal de mujer, que encarna la dimensión de cuidadora de los/as otros/as. En este cruce, ha quedado expuesto cómo se castiga a la mujer presa que, en apariencia y acorde al imaginario dominante, rompe con el mandato relegado a lo doméstico y al cuidado para "salir a delinquir".

Sin embargo, y paradójicamente, de acuerdo a lo desarrollado, esta suerte de irrupción de la mujer en el espacio público, la calle, lugar negado y de privilegio para los varones, expresa justamente una estrategia de supervivencia económica para la familia de la cual es principal cuidadora y sostén, prácticas que a su vez se dan en un marco de relaciones de poder desiguales y coactivas, apareciendo aquellas como el último eslabón de la cadena de narcotráfico, principal práctica ilegal en la que se insertan.

En síntesis, pensar las maternidades en la institución penal, permite reflexionar sobre los mecanismos mediante los que se refuerza el estereotipo de mujer-madre-cuidadora: se tiende a normalizar a las mujeres que aparentan quebrar la construcción social de cuidadora y protectora de las/os otras/os, aunque en realidad, sus conductas enmarcadas en la ilegalidad estén atadas a ello. Sus prácticas asociadas al delito no encarnan una suerte de traición al mandato de repliegue al ámbito doméstico y de cuidado, sino y más bien, representan una entrega

mayor, atravesadas por la dimensión de pobreza, que suma a las responsabilidades de cuidado también la de la reproducción económica familiar.

No obstante lo desarrollado, se afirma en tono imperativo que las prácticas institucionales no deben desconocer los datos de la realidad y así atender las necesidades específicas que se presentan. Esto implica que, mientras las mujeres presas sigan siendo en su mayoría las responsables primarias del cuidado y el sostén económico de sus hijas/os (antes de la cárcel, durante y en prisión domiciliaria) es necesario, como mínimo, la implementación de políticas públicas que acompañen esta tarea. En este sentido, criticar la reproducción institucional de roles estereotipados de género y, al mismo tiempo, afirmar la necesidad de implementar medidas que apoyen el ejercicio de la maternidad no resulta necesariamente una contradicción.

La revisión de la situación de las mujeres presas desde una perspectiva de género indica que no se puede seguir obviando la necesidad de una comprensión específica, con las herramientas teóricas y metodológicas de los estudios de género, que revele las particulares carencias y problemas que las afectan. Indagar en la situación de las mujeres presas es estudiar las dinámicas de género ampliadas, como con una lupa: su desigualdad es más intensa por las situaciones de pobreza y criminalización, por estar atravesadas sus trayectorias de vida por la institución penal, desde el enfoque de la multidimensionalidad.

En este sentido, el compromiso con un pensamiento crítico y un ejercicio profesional con enfoque de género no puede dejar de lado su particularidad. Las políticas públicas deben promover que las mujeres detenten mayor autonomía y poder como condición fundamental para el ejercicio pleno de sus Derechos Humanos. En este marco, el Trabajo social y su despliegue profesional presenta un rol fundamental, al ser el campo de políticas sociales una de sus especificidades. Éstas y la disciplina se encuentran históricamente imbrincadas, al orientarse a contribuir al empoderamiento de los grupos socialmente oprimidos, estando en permanente relación, en lo conceptual e institucional, en la lucha contra todo tipo de violencias (Alayón, 2010).

La labor profesional en la institución penal no debe tener entre sus estrategias la tutela y vigilancia: se trata de ser trabajadoras/os de un Estado social presente, que acompañe con medidas que potencien la autonomía de

las mujeres presas, que faciliten el ejercicio de la maternidad y de sus derechos, sin vulnerar los de las/os niñas/os. Se deben poner a disposición políticas públicas orientadas a garantizar la provisión de cuidados integrales para incidir en cuestiones que afectan de manera directa el entorno familiar protector de la infancia. Es urgente la puesta en práctica de acciones institucionales más justas para la situación particular de las mujeres y sus hijas/os, para poder construir un derecho penal más humano, con penas que respeten la dignidad de grupos históricamente vulnerados.

Mirar desde el Trabajo social con perspectiva de género es una tarea constante y reflexiva. El desafío es internalizarla y hacer uso de ésta, de manera que atraviese las prácticas, sea cual fuere el lugar desde donde se esté desarrollando. Es necesario profundizar la incorporación de esta categoría de análisis en pos de la construcción de alternativas, reconociendo a las mujeres como sujetas de derechos. Instrumentar políticas públicas que apunten a una distribución más igualitaria de responsabilidades productivas y reproductivas entre hogares y Estado, y entre varones y mujeres, resulta fundamental (Guzzetti, 2011).

Bibliografía

- Alayón, N. (2010). *Política social y el Trabajo social*. Revista *Texos y Contextos*. N° 2. Pág. 277-285. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3215/321527167009.pdf>
- Baratta, A. (2004) *Criminología crítica y crítica del derecho penal. Introducción a la sociología jurídico-penal*. Siglo Veintiuno editores.
- Barrera, Y. (2020) *Desigualdades sociales, penales y de género: reflexiones sobre las situaciones de las mujeres presas en el poder judicial de la C.A.B.A.* Inclusive - INADI, (2), Pág. 80-87. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/inadi/revista-inclusive>
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2011) *Mujeres en prisión. Los alcances del castigo*. Siglo Veintiuno editores. Recuperado de <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/mujeres-en-prision-los-alcances-del-castigo>
- Daroqui, A., López, A. y Cipriano G. (coord). (2012). *Sujeto de castigos. Hacia una sociología de la penalidad juvenil*. Grupo de Estudio sobre Sistema Penal y Derechos Humanos. Instituto de Investigación del Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Buenos Aires. Recuperado de <http://gespydhiigg.sociales.uba.ar/publicaciones-2/libros/sujeto-de-castigos-hacia-una-sociologia-de-la-penalidad-juvenil-2012/>
- De Miguel Calvo, E. (2014) *Encarcelamiento de mujeres El castigo penitenciario de la exclusión social y la desigualdad de género*. Universidad de Deusto. Publicado en Revista *Zerbitzuan*, N° 56. Pág. 75-86.
- Deangeli, M. (2020). Julieta Di Corleto, *Malas madres. Aborto e infanticidio en perspectiva histórica*, *Didot*, Buenos Aires, 2018. Cuadernos De Historia. Serie Economía Y Sociedad, (25), Pág. 219-225. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/cuadernosdehistoriaeys/article/view/31754/32611>
- Fenández Segovia, M. (2019). *Maternar con dolor. Criminalización de las madres y estereotipos de género en el proceso penal*. Revista *Argentina de Violencia Familiar y de Género*. N° 2. Mayo 2019. Recuperado de https://ar.lejister.com/articulos.php?Hash=690edd491faadfbd6b7367bee45bd22&hash_t=aceb91ebff99040c6d279c83877c6717
- Giallorenzi, M. (2015). *La maternidad y el cuidado infantil. Un análisis desde la sociología de género*. UCU/CONICET. Ponencia en II Jornadas de Sociología, Rosario, Santa Fe, Argentina. Recuperado de https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/7305/mesa-22-giallorenzi-m.laura.pdf
- Guzzetti, L. (2011). *La perspectiva de género. Aportes para el ejercicio profesional*. Debate Público. N° 4. Pág. 107-113. Recuperado de http://www.margen.org/docs/curso61-1/unid05/apunte01_05.pdf
- Kessler, G. (2014). *Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013*. Fondo de Cultura Económica.
- Lagarde, M. (2005). *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Puntos de Encuentro. Recuperado de https://www.caladona.org/grups/uploads/2013/04/claves-feministaspara-el-poderio-y-autonomia_mlagarde.pdf
- Manquel, V. (2019). *El derecho a maternar de las personas presas: estrategias de vinculación de las personas madres detenidas con sus hijos/as fuera de la prisión*. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/92481>
- Reygadas, L. (2014). *Las redes de la desigualdad: un enfoque multidimensional*. *Política y Cultura*, (22). <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n22/n22a02.pdf>
- Safranoff, A., Tiravassi, A. (2018) *Mujeres en contextos de encierro en América Latina. Características y factores de riesgo asociados a determinados comportamientos delictivos*. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Mujeres-en-contextos-de-encierro-en-Am%C3%A9rica-Latina-Character%C3%ADsticas-y-factores-de-riesgo-asociados-a-determinados-comportamientos-delictivos.pdf>

Fuentes documentales

- Defensoría General de la Nación. (2013). *Mujeres en Prisión en Argentina: Causas, Condiciones y Consecuencias*. Recuperado de <https://www.mpd.gov.ar/uploads/documentos/mujeresprision.pdf>
- Ley 24660 (19 de junio de 1996). *Pena Privativa de la Libertad*. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=37872>
- Ley 26472 (12 de enero de 2009). *Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad*. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/145000-149999/149566/norma.htm>
- Procuración Penitenciaria de la Nación (2019). *Informe Anual 2019: la situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina*. Disponible en <https://ppn.gov.ar/pdf/publicaciones/Informe-anual-2019.pdf>
- Sistema Nacional de Estadística sobre Ejecución de la Pena. (2017). *Informe Ejecutivo 2017*. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_ejecutivo_sneep_2017.pdf 2017
- (2019). *Informe Ejecutivo 2019*. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_sneep_argentina_2019.pdf

Artículos seleccionados

El abordaje de la intervención profesional del Trabajo Social en contexto de virtualización: una aproximación bibliográfica.

**Encina Tatiana^a, Altaleff Ligia^b,
González Cejas María Carolina^c y Megias Micaela^d**

Fecha de recepción: 31 de mayo de 2021
Fecha de aceptación: 11 de junio de 2021
Correspondencia a: Encina Tatiana
Correo electrónico: tatiencina@gmail.com

- a. Estudiante de Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires.
- b. Estudiante de Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires. Becaria UBACYT en el Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- c. Estudiante de Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires.
- d. Estudiante de Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo forma parte del trabajo realizado en el marco del Programa de Investigación en Grado de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires, cuyo tema es la "Intervención social del Trabajo social en la virtualidad". El trabajo consiste en una revisión bibliográfica que recupera nuestras reflexiones sobre las transformaciones en la vida cotidiana vinculadas al acceso a las Tecnologías de la Información y la Comunicación, en el contexto de la pandemia por COVID-19. Para su abordaje nos apoyamos en la noción nodal de espacio público virtual como medio para la realidad social con sus nuevas formas de expresión y la necesidad de abordarlas desde una perspectiva de Derechos Humanos. A partir de dicha articulación intentaremos dar cuenta de la necesidad de repensar el espacio de intervención profesional en clave del pleno ejercicio de la ciudadanía digital, atendiendo a la emergencia de desigualdades como la brecha digital y la necesidad de políticas activas de alfabetización digital, ambas potenciadas por la situación de aislamiento transitada en el año 2020.

Palabras clave: Trabajo social - Virtualidad - Derechos humanos.

Summary

The present article is part of the work made for the "Programa de Investigación en Grado" of the bachelors degree in Social Work of the University of Buenos Aires, of which the theme is "Social Work intervention in virtual environments". This writing consists of a bibliographical analysis which recovers our own reflections regarding the transformations on everyday life related to access to Information and Communication Technologies, in the context of the COVID-19 pandemic. For the analysis we stand on the notion of virtual public space as a media for social reality and the new ways of expression and the need to apprehend them from a Human Rights perspective. From this articulation we will try to explicit the need to rethink the field of professional intervention, including the exercise of digital citizenship, taking into account the emergence of inequalities such as the digital divide and the need for active digital literacy policies, both of which are enhanced. due to the isolation situation experienced in 2020.

Key words: Social Work - virtuality - Human Rights.

Introducción

El presente artículo busca dar cuenta del trabajo, las reflexiones y el análisis realizado en el marco del Programa de Investigación en Grado (en adelante, PIG) cuya temática es: “Intervención social del Trabajo social en la virtualidad”. Durante el año 2020, realizamos un exhaustivo análisis bibliográfico sobre lo virtual y los fundamentos de las plataformas como espacio de condensación de la experiencia digital, focalizado en los procesos de subjetivación y la intervención social.

Con el objetivo de recuperar parte de lo recorrido hasta el momento, el presente trabajo tiene como punto de inicio las nuevas condiciones generadas durante la pandemia mundial por el COVID-19, y es, enmarcado en este contexto, que situamos la constitución del problema social vinculado al acceso a las tecnologías y su inequitativa distribución, la brecha digital. Luego, exponemos una perspectiva de abordaje del espacio público “virtual” mediante la conceptualización de la ciudadanía digital, definiciones que atraviesan de manera transversal todo el análisis. Por último, se presenta el marco normativo que propone el efectivo ejercicio de los derechos humanos íntimamente ligados al acceso a la red, paradigma que sostiene la conceptualización del problema social aquí presentado.

El Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (en adelante, ASPO), estimuló nuevos interrogantes que aportaron profundidad al debate sobre la dialéctica entre lo material y lo virtual, y su forma de incidir en nuestra disciplina, en un contexto de mayor virtualización de la intervención. Sin saberlo, las preguntas y problemas planteados en una incipiente investigación fueron atravesados por las modificaciones abruptas de las condiciones de vida en todos sus ámbitos. En los últimos tiempos, reforzado por la situación de ASPO, el acceso a la red tiene un tratamiento diferente por parte del Estado. A los fines del presente artículo nos enfocaremos en la normativa vigente de Argentina para dar cuenta de la situación problemática en la virtualidad y algunos indicadores comparativos sobre el acceso a la red en sus diferentes tipologías.

El ASPO y la consecuente migración hacia la virtualidad de prácticas y encuentros que antes eran principalmente analógicos y presenciales, trajo a la luz las problemáticas

existentes tanto en el acceso a la red como en el uso desigual que se hace de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (en adelante, TIC). Recientes acciones estatales dan cuenta de la intencionalidad de la actual gestión nacional de dar respuesta a la expresión más visible de estas desigualdades: la brecha digital. El diseño e implementación de políticas que abordan esta problemática parte de un marco normativo con perspectiva de Derechos Humanos, y es a partir de estas consideraciones que conceptualizamos al espacio virtual como una extensión del espacio público, en donde se expresa y ejerce la ciudadanía y es, por ende, un escenario que convoca al ejercicio profesional del Trabajo Social y que presenta sus propios desafíos provocados por el avance de las transformaciones tecnológicas de la vida social.

Punto de partida

La temática de la conectividad y la aplicación de las nuevas tecnologías de la información desde la órbita estatal considera imprescindible el acceso y la calidad de internet para poder garantizar y proteger el derecho humano a la comunicación de las TIC. El acceso, entendido de manera integral, no se reduce a aspectos de infraestructura y posibilidad efectiva de conectarse a internet, sino, como desarrollaremos más adelante, involucra la necesidad de abordar las condiciones en las que se da el uso efectivo de internet.

A partir del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 690¹ publicado en agosto de 2020 en el marco del estado de emergencia se determina en su artículo 1° a internet como servicio público, estableciendo la Prestación Básica Universal y Obligatoria (PBU) para los servicios TIC en “condiciones de igualdad”. Se resalta que es a partir de esta reglamentación estatal donde se recupera, por un lado, la autoridad de aplicación y regulación sobre las prestadoras de telecomunicaciones y por el otro, en la sustitución manifiesta en su artículo 2°, que hace referencia a la función social para promover la inclusión social desde el control sobre las tarifas y la exigencia en la calidad de los mismos.

Podemos ver la antesala de este debate en la Ley 27.078 “Argentina Digital”² promulgada en diciembre del 2014 donde se determina que el acceso a los servicios de información y comunicación consideran las condiciones

1. Recuperado en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/233932/20200822>

2. Recuperado en <https://www.senado.gob.ar/upload/15134.pdf>

sociales y geográficas vinculadas a la calidad del servicio. Para ello, se aumentó el financiamiento del sector científico-tecnológico en calidad de interés público y nacional para el desarrollo de las Tecnologías de la Información, las Comunicaciones y las Telecomunicaciones.

Para el año 2017 ya podemos encontrar relevamientos que dan cuenta del interés en conocer el estado de la conectividad y las dinámicas de consumo cultural digital en el país: "De acuerdo con los datos de la encuesta, el 80% de los argentinos usa internet y el 63,5% tiene conexión en su casa. Además, casi la mitad de quienes no usan internet son adultos mayores de 65 años y el motivo principal por el cual no lo hacen es porque aún no aprendieron a usarlo." (Ministerio de Cultura de la Nación, 2017).

Por otro lado, la Cámara Argentina de Internet sobre el Estado de Internet en la Argentina y la Región (CABASE) realizó un informe durante la pandemia vinculada a la Evolución del Tráfico de Internet a Nivel Nacional, registrando un aumento del 65% sobre el uso de internet en comparativa con abril del 2019 (CABASE, 2020). Aunque es notorio que aumentó la necesidad de conectarse como producto de la concentración de todas las actividades productivas en un solo espacio, los impactos incidieron de forma súbita y desigual. En ese sentido, podemos observar que el Ente Nacional de Comunicaciones (ENACOM) construye sus datos sobre la base de los operadores de "conectividad fija" que prestan el servicio a nivel nacional. Confeccionó un resumen de este registro del año pasado de 9,36 millones de usuarios en contrapartida con 8,65 millones del 2019. A partir de este dato que brindan las empresas prestadoras del servicio, se pudo calcular el porcentaje de los hogares que tienen acceso a conectividad fija sobre la base de encuestas elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Dicho ente informó que durante el ASPO se registraron un total de 7.5 millones de accesos a internet fijos, "significando un aumento de 1,0% en comparativa al tercer trimestre de 2019" (INDEC, 2020).

La situación producida por el ASPO instaló interrogantes urgentes sobre los diversos sentidos, prácticas y realidades que hacen a la relación que tenemos con las tecnologías y las problemáticas vinculadas a su accesibilidad. La misma se encuentra expresada en la noción de brecha digital no reduciéndose a diferencias en el uso y acceso de las TIC, sino que se configura en un entramado de vulneraciones. En esta época dicha inaccesibi-

lidad significa quedar al margen de lo que circula en la red, siendo parte del bienestar general de la sociedad, un ejemplo de ello es la barrera para conocer la divulgación y producción del conocimiento o bienes y servicios concretos dependientes del sistema de protección social. Así entendida la brecha digital es causa y también efecto desde una mirada holística y no atomizada de la problemática.

Un panorama conveniente es el que ofrece Castaño (2008) cuando afirma que, si bien la brecha digital puede parecer de carácter tecnológico, es más bien de tipo social. Esto se debe a que la brecha digital -entendida como la desigualdad en el acceso y uso de Internet entre las generaciones (Boonaert y Vettenburg (2011) citado en Elwick y otros, 2013)- se interrelaciona con otros factores que inciden en la exclusión social (como los recursos económicos, la disponibilidad de tiempo, los conocimientos, las aptitudes y el bagaje cultural y lingüístico).

Los autores Van Deursen y Van Dijk (2014) proponen una conceptualización del "acceso" como multifacético e incluye cuatro aspectos distintos: la motivación de utilizar computadoras e Internet ("acceso motivacional"), el acceso físico ("acceso material"), las competencias digitales ("acceso de competencias") y las oportunidades de uso ("acceso de uso"). Comprenden los problemas de acceso desde un proceso que gradualmente parte del acceso físico al acceso de uso.

Siguiendo el modelo de ambos autores, la expresión "alfabetización digital" hace referencia a las competencias digitales que están relacionadas con los soportes; es decir, las competencias operativas (conocer las acciones necesarias para operar un soporte digital) y las competencias formales (saber cómo manejar las estructuras formales del soporte: navegación, búsqueda). Es por ello que se vuelve indispensable educar y capacitar a la ciudadanía, abarcando todas las edades y sectores sociales, para afrontar y apropiarse de los cambios que los avances tecnológicos proponen e incluso, imponen. Es decir que cuando hablamos de acceso a internet y al espacio digital, no estamos hablando solamente del acceso material (conectividad y acceso a dispositivos), sino que nos referimos a un concepto que engloba en sí las posibilidades reales y efectivas de un uso equitativo, consciente y en igualdad de condiciones de las TIC.

En el informe mundial que indaga sobre las condiciones de las sociedades del conocimiento, la UNESCO

(2005) establece que “todos tendremos que aprender a desenvolvernos con soltura en medio de la avalancha aplastante de informaciones, y también a desarrollar el espíritu crítico y las capacidades cognitivas suficientes para diferenciar la información ‘útil’ de la que no lo es” (p. 20). En ese sentido es que nos preguntamos ¿Tenemos todas/os el mismo derecho a expresarnos en la red, y de informarnos de manera verídica y fehaciente? Si no todas/os podemos expresarnos libremente en la red, si nuestras voces no tienen todas el mismo alcance, ¿no es eso una forma de censura? ¿No se está vulnerando entonces un derecho humano?

La pandemia del COVID-19 y el consecuente aislamiento y restricciones establecidas agudizaron el proceso de evaluar la importancia de construir y promover un acceso igualitario a internet para sostener y defender derechos humanos fundamentales.

Desde esta preocupación el campo de la tecnología supone un trabajo de interseccionalidad que invita a reflexionar sobre el vínculo de la intervención social desde el Trabajo Social. La problematización del escenario de intervención, sus definiciones y padecimientos aparejados con la disponibilidad de tecnologías, sus modalidades de uso y las diversas formas de comunicación e interacción en las plataformas digitales.

Entendemos que las condiciones en las que se lleva a cabo la intervención profesional tiene una nueva contextualización a partir de la existencia de medios digitales que exige no promover un mero cambio de terminologías de los sentidos clásicos de la práctica institucional o profesional a “virtuales”. En este sentido, entendemos que existe una vacancia con respecto a los conocimientos del espacio virtual, necesitándose una resignificación del corpus profesional y los ambientes de inserción institucional como estudiantes y futuras trabajadoras. Creemos que hay que abrir camino a problematizar e investigar sobre los modos de ejercicio de la ciudadanía en la actualidad, a fin de fortalecer la perspectiva de derechos que define el posicionamiento ético-político de la profesión.

Necesitamos una construcción aún más vertiginosa y actualizada sobre los modos de intervenir en lo social desde lo virtual ya que tener otros modos de sociabilidad vinculado a la tecnología no sólo alude a su desplazamiento al espacio online, sino también al hecho de que las estructuras codificadas alteran profundamente la naturaleza de las conexiones, creaciones e interacciones

humanas (Van Dijck, 2016:42). Desde dicho enfoque, el ciberespacio aparece como escenario donde son posibles otras formas de existencia, de prácticas, estrategias y de capacidades de agencia; y también un espacio donde se traduce la desigualdad, exclusión, discriminación entre otras problemáticas de la cuestión social con sus nuevas o reversionadas manifestaciones que excedieron el campo de intervención social con inscripción territorial.

El enfoque material de la virtualidad obliga a trabajar sobre las nociones que establecen que dicha virtualidad constituye una entidad; es decir, que conforma una realidad social. Esto resulta imprescindible ya que al no tener acceso o tener problemas de conectividad existe una concreta vulneración de derechos vinculados al acceso a la información, a la libertad de expresión y las formas de comunicación y sociabilidad mediadas por tecnologías.

Derechos Humanos y acceso a Internet

En un plano distinto al aporte conceptual, es menester continuar abonando a la perspectiva de Derechos Humanos desde el ejercicio ético-profesional. Si entendemos a la red como un espacio fundamental de construcción y ampliación de ciudadanía, un acceso desigual a internet y a las TIC implica inequidades en la construcción de la misma.

En busca de un acceso universal a internet y a un pleno ejercicio de la libertad de expresión, la alfabetización mediática e informacional busca proveer a las personas de las competencias necesarias para gozar de este derecho humano de forma efectiva, autónoma y segura. La libertad de pensamiento y expresión, como se ratifica en el Pacto de San José de Costa Rica (Organización de los Estados Americanos, 1969), incluye la libertad tanto de buscar, como recibir y difundir información, derechos que no pueden ejercerse plenamente si el acceso a internet no es universal.

En un ejercicio de vigilancia epistemológica la autora Susana Morales (2019) se pregunta: “¿Podemos seguir pensando de la manera en que pensábamos, -en algunos casos de forma bastante ingenua- respecto de que el uso de las TIC representa una puerta que nos conduce a la apropiación y al empoderamiento, existiendo tales condicionamientos a nuestras prácticas? (p. 40). La autora aporta el concepto de apropiación tecnológica: un do-

ble proceso que incluye, por un lado, sujetos apropiándose de las tecnologías a partir del acceso, aprendizaje, integración y transformación que conlleva y, por otro, "productores y propietarios" de las tecnologías se apropian de nuestros datos y del excedente generado a partir de la circulación económica-financiera que se deriva de los intercambios virtuales (Morales, 2019:37). Sin embargo, advierte sobre el sostenimiento del discurso de la apropiación vinculada con los usos ya que es probable que se oculte la disputa mundial por la obtención de datos personales de los/as usuarios/as. En este sentido señala que es insuficiente alentar el acceso y uso intensivo de las tecnologías ya que "si creemos que el acceso a las tecnologías es un derecho, (...) y por ello hemos trabajado en el diseño de políticas públicas que reduzcan la brecha digital, también debemos considerar que es un derecho conocer de qué está hecha la tecnología, cómo funciona, para qué sirve, a quién le sirve, cuáles son sus consecuencias para cada uno y para la sociedad" (Morales, 2019:40)

Es cierto que gracias a internet el colectivo usuario puede tener un rol desde la creación y autorías de contenido; internet se constituye como un modelo de inteligencia colectiva de reconocimiento y enriquecimiento mutuo en donde cualquiera podría aportar algo sin distinción de jerarquías. Sin embargo, es un ideal que se ve obstaculizado por factores como la falsa neutralidad de los algoritmos o la brecha digital. Si Internet fue pensada a partir del principio *end to end*, en el que el colectivo usuario se suma en "pie de igualdad" para funcionar tanto como emisores o receptores, la existencia de restricciones y desigualdad en su uso deberían ser aspectos que llamen nuestra atención³.

Por un lado, el acceso a Internet y al conocimiento para un uso crítico y seguro de las redes está lejos de ser universal, libre, abierto e incluyente. La brecha digital es un obstáculo para que individuos y grupos puedan acceder al capital intelectual disponible en Internet, hacer uso del mismo, difundirlo o copiarlo. A su vez, partiendo desde una base de desigualdad en el acceso y usos, existen dificultades y obstáculos para difundir el propio saber y aportar al conocimiento colectivo en red. Si a este factor se le suma la existencia de los algoritmos y el acotamiento de neutralidad que producen en la red y en

el acceso a la información, nos encontramos cada vez más lejos del ideal de ejercer con igualdad los derechos en este espacio.

También, considerando las maneras de buscar y obtener información, es preciso considerar el rol que juegan las empresas que diseñaron los algoritmos de los motores de búsqueda. Un algoritmo, entendido como una solución a un problema, es pensado y diseñado desde una postura que escapa a la neutralidad, tienen un objetivo claro y preciso. Basados en predicciones sobre nuestras preferencias, los motores de búsqueda nos devuelven la información que ellos consideran que queremos ver, que nos hará permanecer en el sitio, mientras continúan minando información a través de cada click que hacemos.

Esta manera de seleccionar, refinar y filtrar la información es definida como "burbujas de filtro", el mecanismo que utilizan los proveedores de servicios de conexión para, tal como lo expresa Guerrero Martínez, "limitar nuestra exposición a puntos de vista opuestos y reducir la variedad de información que un usuario puede ver" (2017:187). Frente a estos hechos coincidimos con Ariel Vercelli (2015) cuando concluye que "la regulación jurídica de internet por sí misma hoy se muestra insuficiente para atender a la defensa de los derechos humanos", siendo necesario que los Estados tomen medidas y acciones en pos de garantizar el ejercicio pleno de los derechos en la red.

Posicionarnos desde el paradigma de los Derechos Humanos es considerar el acceso para toda la población, y reconocer su estatuto de "sujetos de derechos". Para entender el acceso a las TIC, entre ellas el acceso a internet, como un derecho humano universal, podemos pensar en las características fundamentales de los mismos: integralidad e interdependencia: todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí (Conferencia Mundial de Derechos Humanos. 1993. Declaración y Programa de Acción de Viena. Punto 5).

Su proclamación define que los Derechos Humanos son inherentes a los seres humanos como titulares de los mismos y ningún Estado, gobierno, autoridad o persona en general puede revocar su titularidad; son uni-

3. El debate también incluye a la determinación de los datos y una nueva modalidad capitalista que apuesta a reconfigurar el rol de los datos en la sociedad. Los mismos no son "neutrales ni objetivos ni pre analíticos, sino que están determinados por factores técnicos, económicos, éticos, temporales, espaciales y filosóficos; y que no existen de modo independiente de las ideas, instrumentos, prácticas, contextos y conocimientos que se usan para generarlos, procesarlos y analizarlos. (Kitchin, 2014).

versales porque corresponden a todas las personas en todo tiempo y lugar; son intrasferibles, irrenunciables e inalienables; incondicionales y obligatorios; inviolables; imprescriptibles, acumulativos y progresivos; integrales, interdependientes, indivisibles, y complementarios.

Esta última característica es la que nos permite pensar en la importancia de la conectividad y el ejercicio de derechos en el ambiente digital como condición necesaria para un ejercicio pleno de la ciudadanía. La violación de uno pone el riesgo la realización de otros, y el potencial de la red como espacio de vulneración de derechos interpela al colectivo profesional a pensar el espacio digital como terreno, instrumento y actor de intervención que interfiere a la hora de pensar las estrategias, considerando las tecnologías como herramientas de planificación de política pública y de obtención de datos para el diseño de proyectos, planes y programas.

Como profesión “siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales” (Ley Nacional 27.072/12⁴), resulta imprescindible la presencia de la disciplina en los espacios digitales donde las personas habitan, transitan, comparten información y donde forman y ejercen su ciudadanía. La red se configura como un espacio de acceso a recursos y construcción de vínculos, se vuelve una dimensión fundamental de la cotidianeidad como espacio tanto de formación como de ejercicio de la ciudadanía.

Los cambios tecnológicos han dado lugar a lo que se suele denominar “Era digital” y “Sociedad de la Información”. Martín Sánchez (2007) elabora un conjunto de características que definen las nuevas formas de organización de esta sociedad, entre las cuales se destacan: “la mundialización que provoca la interdependencia cultural induciendo a los procesos de multiculturalidad y, por tanto, a la pérdida de identidad cultural; la deslocalización; y el aumento en la velocidad de la información, siendo esta última la que compromete la reducción del tiempo histórico”. La Sociedad de la Información traería un aumento cuantitativo del acceso a la información y de la información disponible. No obstante, dichas transformaciones no significa que la sociedad en su conjunto acceda a esa información, ni que lo haga de la misma manera. Es decir, un aumento en las formas de acceso a la información no implica que toda la sociedad acceda a esa información, ni que ese cambio se aplique a toda la sociedad de la misma manera.

La era digital está signada por los avances tecnológicos que aumentan y proveen herramientas para utilizar en ámbitos cada vez más diversificados. Estudiar, trabajar, entrenar, trasladarse; el uso de nuevas tecnologías ha modificado las formas de interactuar con otros sujetos, de acceder a servicios, a entretenimiento, ha modificado inclusive el mercado.

Los distintos capitales en juego, tales como el capital económico, social, cultural y simbólico, determinan los distintos niveles de apropiación en que los agentes se constituyen como tales y en relación al espacio social (Bourdieu, 1999). Desde esta óptica emergería el concepto de ciudadanía digital que refiere a la capacidad para participar en la sociedad online en igualdad de condiciones (Mitchelstein, s/f).

En su libro *Ciudadanía Digital*, Alejandro Natal, Mónica Benítez y Gladys Ortiza (2014) afirman que el uso de las nuevas tecnologías no sólo sirve para circular información, sino también para convocar a la ciudadanía al ejercicio de sus derechos y obligaciones. Tras la emergencia de la ciudadanía se emprenden múltiples prácticas políticas y sociales a través del uso de internet y distintas tecnologías de la información y la comunicación. Desde la legitimación de una demanda social, incidir en la agenda pública, exigir transparencia en procesos político-electorales, exigencia en la rendición de cuentas y construir acción colectiva en busca del bien común, se ha puesto especial atención en el fenómeno de los medios digitales (Natal, Benítez, Ortiz, 2014). En palabras de Onna Pacheco (2019), “es entonces un ciudadano digital aquel individuo que ejerce la totalidad o parte de sus derechos políticos o sociales a través de Internet, sea ciudadano o no de otra comunidad o Estado”.

El espacio de lo público en la ciudadanía digital y el lugar del trabajo social

La mirada hacia los procesos de ciudadanización forma parte del ejercicio ético profesional del Trabajo Social en tanto implica desasnar algunas de las múltiples y originarias expresiones de la cuestión social y las nuevas categorías que asume en nuestra contemporaneidad (Iammamoto, 2003:41). Entonces, parece menester recuperar el análisis sistémico sobre la ciudadanía como vínculo político entre la sociedad y el Estado abarcando las

4. Ley Federal del Trabajo Social, Capítulo II, Artículo 9º.

prácticas sociales y políticas dentro de la virtualidad. En ese sentido se debería pensar cómo se resignifica la política en el ciberespacio y cuáles son las delimitaciones entre lo que consideramos espacio público o privado. Desde una perspectiva anclada en las democracias realmente existentes, se pretende considerar aquellas condiciones que habilitan o inhabilitan la virtualidad con la premisa de democratizar el espacio público virtual. La tecnología y la práctica digital traen consigo sus propias potencialidades y limitaciones, que entendemos no están por fuera de nuestra labor como práctica concreta.

Es evidente que el uso de plataformas digitales como denominador común permitió, entre otras cuestiones, la capacidad de asociación y expansión de la opinión pública que se complejiza en el andamiaje político del sistema democrático. En este sentido, la politóloga Barbara Zeifer (2016) analiza cómo el auge del internet y la web han ampliado las fronteras del espacio público habilitando nuevos ámbitos de actividad política más allá de sus arenas tradicionales. Retoma así el concepto de espacio público de Habermas y lo lleva a la esfera virtual para cuestionarse cuáles son los conceptos que definen realmente al espacio público, desmarcándose del binarismo entre lo público y lo privado. Habermas lo define como "una estructura de comunicación intersubjetivamente compartida, constituida lingüísticamente" (Habermas, 2005 en Zeifer, 2016) en la cual necesariamente debe emerger la deliberación que se crea con las relaciones interpersonales y las participaciones expresadas. Zeifer resalta que la estructura del espacio público tiene como característica principal "cambiar la lógica comunicativa" que no es la misma en el espacio privado; en el espacio público funciona como una caja de resonancia en la cual las cuestiones individuales se generalizan y adquieren notoriedad.

En consecuencia, el análisis de la autora versa sobre el uso político que tiene la web en su conversión como espacio público, de deliberación pero también de construcción del lazo social y representativo con el Estado. Este espacio no cumple con la idea del libre acceso aunque existe una disminución en los obstáculos para ingresar al mismo e influenciar la opinión pública. En esa línea, el espacio público es caracterizado como relevante para las democracias contemporáneas en tanto que el ejercicio deliberativo otorga legitimidad al régimen por el cual la ciudadanía es parte de la conformación del vínculo representativo y constituye el ámbito en el cual la misma participa activamente y ejerciendo contrademocracia.

Entonces, sería correcto situar la intervención profesional considerando las condiciones que habilitan, dificultan o inhabilitan la virtualidad con la premisa de que este espacio tiene capacidades de democratizar el "espacio público virtual", como también de lo contrario. Por ello, resulta menester reflexionar sobre qué tipo de ciudadanía se está construyendo, cuales son los canales de participación e interacción, cuales son los sentidos sociales, políticos, culturales que se otorgan y se han extendido desde diferentes canales de comunicación, de espacios para la libertad de expresión, de accesibilidad y relativa facilidad de contactarse con diversas instituciones y personas.

Idealmente queremos una democracia plena, inclusiva y con fomento a la participación, lo que conlleva a tener una mirada crítica de nuestra forma de gobierno y por ende, de ahondar en cuáles son los límites de una democracia "realmente existente". Nancy Fraser (1993) es quien se aboca a cuestionar cuáles son los límites de una democracia posible. Para ello, repiensa el ámbito de la praxis ciudadana, el ámbito público, desde su sentido más amplio e incluyente. Entiende que es el espacio de preferencia para el ejercicio deliberativo, en donde se da la interacción democrática.

Se define que la práctica política es representada por medio del habla, de la capacidad de tener voz dentro del terreno de interacción discursiva donde se delibera con "otros" sobre la cosa pública. El mecanismo de control de las actividades del Estado mediante "el escrutinio de sus actividades" será puesto a debate a partir de la libertad de expresión, a fuerza de la opinión pública. Este espacio deliberativo no sólo se presenta como "abierto y accesible" sino con un fuerte sentido de consenso sobre el bien común en donde se dejaría en suspenso las diferencias de status.

No obstante, este ideal utópico presenta todo tipo de inconsistencias ya que estamos invisibilizando el mecanismo por excelencia -institucional- de racionalizar la dominación política. La autora refiere que tampoco "la cuestión del acceso abierto no se puede reducirse a la presencia o ausencia de exclusiones formales sin que quede un remanente, requiere que observemos también el proceso de interacción discursiva dentro de terrenos públicos formalmente inclusivos." (Fraser, 1993). Dicha advertencia la subrayamos para pensar otros espacios en los que cabe la participación virtual y que también se presenta habitualmente como abierta y accesible, develando así la confrontación de intereses y de esta forma

no enmascarar diversas y complementarias formas de condicionamiento.

Rol estatal en la garantía de la ciudadanía digital

En línea con estas reflexiones que explicitan el vínculo innegable entre tecnología y ciudadanía, entendemos el acceso a las TIC como derecho humano universal, tal como fue planteado en la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) el 27 de junio de 2016. Los Derechos Humanos no se agotan en el espacio físico sino que se resignifican en la red, y por ello se vuelve necesario pensar en estrategias para promover y defender el goce pleno de los derechos en ella.

Haciendo hincapié en el rol de internet como espacio donde se promueve a la vez que se vulnera el derecho humano a la libertad de expresión, la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos estableció cinco principios rectores para garantizar el ejercicio pleno de estos derechos en el ámbito digital: 1. Acceso Universal. 2. No discriminación. 3. Pluralismo. 4. Privacidad. 5. Neutralidad de la red.

El Estado, como principal garante de los Derechos Humanos, es quien debe velar por estos principios y llevar adelante programas, medidas y proyectos que democratizan el uso de las redes. El acceso universal demanda de los Estados no sólo una política activa en infraestructura para que todas las personas en todos los territorios puedan acceder a internet, sino también garantizar la alfabetización digital.

En específico, el concepto de ciudadanía digital retomaría los siguientes elementos para garantizar su ejercicio: acceso digital, completa participación electrónica en la sociedad; comercio digital, compra y venta de productos a través de medios electrónicos; Comunicación digital, intercambio electrónico de información; alfabetización digital, proceso de enseñanza y aprendizaje acerca de la tecnología y su uso; etiqueta digital, estándares electrónicos de conducta o procedimiento; leyes digitales, responsabilidad electrónica ante hechos y acciones; responsabilidades y derechos digitales, libertad extendida a todos en el mundo digital; salud y bienestar digitales, bienestar físico y psicológico en el mundo tecnológico digital; y, por último, seguridad digital: precauciones electrónicas para garantizar la seguridad.

Habida cuenta de que en la actualidad las tecnologías influyen en las interacciones con los demás, en la manera en que nos comunicamos con el mundo, en cómo accedemos a las noticias y la información, la alfabetización digital, mediática e informacional aparece como una estrategia para abordar las tecnologías en su influencia en la ciudadanía, el desenvolvimiento en la sociedad y en el desarrollo comunitario y social.

El acceso diferencial y desigual tanto al recurso tecnológico físico (conexión y equipamiento) es la prueba más visible de que el acceso universal está lejos de ser una realidad. Las brechas en el uso son etarias, de géneros, territoriales y culturales.

Conclusiones

El desarrollo del presente trabajo constó de un ejercicio de revisión bibliográfica que permitió explorar las condiciones en las que se desarrolla la intervención profesional en un contexto de creciente virtualización. Desde el Trabajo Social podemos aportar un pensamiento crítico y reflexivo sobre los múltiples atravesamientos del devenir de la intervención en lo social y estatal en clave de derechos dentro del campo de lo virtual. Las recientes normativas de gobierno dan cuenta de la problemática de integración, en la cual una gran parte de la población no puede acceder a las TIC, no sólo desde el aspecto de la conectividad (acceso a internet y soportes) sino a la necesidad de mayor fomento de las habilidades y competencias para su utilización (alfabetización digital).

En esta línea, el DNU 690/20 ya mencionado presenta un solapamiento entre las categorías de bienes, derechos humanos y servicios públicos ya que conceptualiza como un servicio público esencial a la telefonía móvil y fija, Internet y la TV por cable. Asimismo clasifica a las TIC como un derecho humano a partir los instrumentos normativos precedentes a nivel internacional por su necesidad y carácter universal. Ambas jurisprudencias entienden a las TIC como un bien que tiene valor de cambio en el mercado debiendo tener intervención y regulación por parte del Estado. Esta conceptualización retoma una línea de debate que promueve interrogantes centrales para seguir pensando ¿Qué representa la comparativa de las categorías de servicios públicos-derechos humanos? ¿Cuál es el debate que puede desalentar el proceso de exclusión de forma más eficiente y duradera? ¿Cuál lo hace con mayor premura?

Podemos observar que las políticas sociales que determinan las intervenciones estatales parten de impedir las diferencias que devienen de la desigualdad en las condiciones materiales de existencia. Sin embargo, las regulaciones tienen un límite entre lo que se considera público desde el abordaje de lo virtual como extensión del espacio público (desde su estrecha vinculación con el ejercicio de la ciudadanía) y por otro, a que la prestación de dichos servicios son provistos por parte del sector privado y con sus propios intereses.

Por lo cual, es importante remarcar que las nuevas tecnologías de información y comunicación están cargadas de una determinada visión del mundo y del devenir de los procesos históricos que se resignifican continuamente explicitando que no son objetos neutrales o estáticos. Se considera a las TIC como un bien social y cultural en disputa en tanto ponen en juego la posibilidad de apropiación que tienen los distintos sectores sociales (Benítez Larghi; 2008, p. 6). En esta convergencia de distintos intereses y fuerzas políticas, económicas y sociales se inserta el ejercicio profesional, que dialoga con las determinaciones ético-profesionales del campo de los derechos humanos y de las políticas públicas que tiendan a restituirlos.

En este sentido son muchas las tensiones que enfrenta el Trabajo Social a partir de las intervenciones del colectivo profesional. Hoy al repensar la intervención en lo social como producción artificial que precisa de la "necesaria articulación entre la subjetividad y los procesos colectivos con un horizonte predeterminado, el de la problemática de la integración" (Carballeda, 2012) nos convoca a tomar nuevos espacios y escenarios de intervención que harán tensionar y dinamizar el corpus teórico, metodológico e instrumental para situar el conocimiento sobre las diversas manifestaciones de la cuestión social.

Asimismo y cada vez con mayor urgencia la apropiación de las TIC depende de la calidad de la elaboración de proyectos, planificación y monitoreo de políticas públicas. También la asistencia o implementación de políticas sociales se ve obstaculizada cuando los sujetos sociales acarrear serias dificultades para el pleno goce de sus derechos por carecer de acceso y uso de los recursos disponibles que brinda el Estado.

Desde esta arista, se sostiene que las condiciones planteadas por el ciberespacio generan nuevas prácticas, padecimientos y demandas que atraviesan las instituciones

y sus modalidades de trabajo. En virtud de los profundos cambios en la vida cotidiana de la sociedad y del espacio socio-ocupacional de todas las disciplinas, algunas reconfiguraciones producto de los cambios tecnológicos son inevitables al ser inherentes a formas emergentes de ciudadanía digital.

En este aspecto, la virtualización plantea y hace converger desafíos sobre diferentes formas de exclusión y modos de integración que se encuentren asociados a la posibilidad de participar de los asuntos públicos, políticos, de deliberación y expresión donde lo virtual se vuelve una extensión del espacio público. Es así que sería correcto situar la intervención profesional considerando las condiciones que habilitan, dificultan o inhabilitan la virtualidad siendo el espacio público virtual quien carga con la premisa de democratizar lo público, como también de tener un rol principal en las formas de exclusión. Desde estas consideraciones y por lo expuesto a lo largo del artículo, creemos que el acceso al espacio público virtual y la capacidad de apropiación podría ser una dimensión importante a la hora de analizar las estrategias de vida de los sujetos sociales y las diferentes formas de resolución frente a los problemas sociales que afectan a la población.

Identificamos que es menester en la profesión apropiarse del espacio digital como escenario de intervención, entendiendo que la virtualidad atraviesa de manera transversal todos los aspectos de la vida humana. Siendo un importante objetivo el de reconocer a Internet como espacio de construcción de sentido, armado de redes y ejercicio de ciudadanía y poder así aprovechar al máximo el potencial que ofrecen las TIC, como también atender específicamente a las problemáticas que se refractan digitalmente y no se escinden de la realidad cotidiana. Resulta indispensable, entonces, seguir problematizando las diferencias existentes en el acceso y uso de las tecnologías, ya que estas se traducen en desigualdades en la participación de la ciudadanía en la vida política, económica, social y cultural.

Nuestro futuro es con Internet y las plataformas digitales son espacios que convocan y llaman a la participación y por ello indagamos: ¿cómo se problematiza hoy el Trabajo Social este aspecto de la realidad de los sujetos de la intervención? ¿Cuán presentes se tienen a las TIC en el diseño de las estrategias de intervención, planes, programas y proyectos? ¿Cómo podemos aprovechar el potencial democratizador y promotor de Derechos Humanos de las tecnologías?

Desde este enfoque, es oportuno pensar desde la disciplina y la profesión el vínculo con la metamorfosis de la cuestión social en un campo concreto, la virtualidad. La expansión y enriquecimiento del corpus epistemológico con la ciudadanía digital y sus demandas y problemáticas asociadas, se manifiestan como un escenario de intervención social. Tenemos otras posibilidades dentro del campo de juego y acción, minado de mayor interacción, asociación y de potentes agencias por parte de la ciudadanía, el gobierno y sus instituciones dentro del marco democrático, resultando ser un eje transversal en el avance de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en miras de promover y proteger el pleno ejercicio de la ciudadanía.

Bibliografía

- Alvarado López, R. (2018). "Ciudad inteligente y sostenible: hacia un modelo de innovación inclusiva" CONACYT-INFOTEC, México.
- Benítez Larghi, S (2008). "Un piquete a la brecha digital. La apropiación de Internet por parte de las organizaciones de trabajadores desocupados". Buenos Aires, Argumentos. Revista de crítica social. Disponible en: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Argentina/iigg-uba/20120626041300/9_2.pdf
- Bourdieu, P. (1999) La miseria del mundo. Barcelona: Akal. "Efectos de lugar". (págs. 119-124).
- Castaño, C. (2008), "La primera y la segunda brecha digital", La segunda brecha digital, C. Castaño (coord.), Madrid, Cátedra.
- Carballeda, A. J. M. (2012). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires: Paidós
- Elwick, A. y Otros (2013), "Más allá de la brecha digital: los jóvenes y las TIC, CfBT Education Trust" . En línea: <https://www.educationdevelopmenttrust.com/~media/EDT/Reports/Research/2013/r-beyond-the-digitaldivide-perspective-2013.pdf>
- ENACOM (2020) Acceso a Internet Información de mercado, oferta, demanda y cobertura de los servicios de comunicaciones (Tercer Trimestre 2020), Argentina. Visto el 17/03/2020 en <https://datosabiertos.enacom.gob.ar/dashboards/20000/acceso-a-internet/>
- Guerrero Martínez, G (2017) ¿Cómo La "Colonización De Mercado" De Internet Volvió A Los Ciudadanos Solo En Consumidores? Comercialización del Espacio En Línea, en Análisis de una Juventud Conectada: Gobernanza de Internet. Youth Observatory Grupo Especial De Interés De Internet Society.
- Iamamoto, M (2003) El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional. Cortez editora. Brasil
- INDEC (2020), Informe tercer trimestre 2020 - acceso a internet fijo y móvil. Visto el 18/03/2020 en Título: Accesos a internet. Tercer trimestre de 2020 (indec.gob.ar)
- INDEC (2020), Informe Preliminar Encuesta a Hogares Continuidad pedagógica en el marco del aislamiento por COVID-19 Julio 2020. Visto el 18/03/2020 en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_preliminar_encuesta_a_hogares.pdf
- Kitchin, R. (2014) The Data Revolution. Big Data, Open Data, Data Infrastructures & their Consequences, Sage, Londres en "Territorios emergentes: vulnerabilidad urbana y espacio público digital. Ciudad autónoma de Buenos Aires (2016-2018)", Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.
- Mitchelstein, E. (s.f.) Ciudadanía digital. Visto el 4/12/2020 en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/eugenia_mitchelstein.pdf
- Natal, A., Benítez, M. y Ortiz, G. (coords.) (2014) "Ciudadanía digital", ISBN 978-607-711-202-0. México: Juan Pablos. Visto el 3/12/2020 en https://www.academia.edu/38262497/Natal_A_Ben%C3%ADtez_M_y_Ortiz_G_coords_2014_Ciudadan%C3%ADa_digital_ISBN_978-607-711-202-0_M%C3%A9xico_Juan_Pablos
- ONU (2016) Documento ONU sobre Promoción, protección y disfrute de los derechos humanos en Internet. En línea: A/HR/C/32/L.20 (ohchr.org)
- Pacheco, O (2019). El espacio digital de la ciudadanía, en ID Derecho Laboral. Visto el 6/12/2020 en <https://ipderecholaboral.wordpress.com/2019/02/18/el-espacio-digital-de-la-ciudadania/>
- Pérez, F (s.f.) Argentina Digital, un nuevo enfoque para las telecomunicaciones. Voces en el Fénix. Visto el 18/03/2020 en <https://www.vocesenelfenix.com/content/argentina-digital-un-nuevo-enfoque-para-las-telecomunicaciones>
- Sierra Caballero, F. (2012). Ciudadanía digital y sociedad de la información en la Unión Europea: Un análisis crítico. Andamios, 9(19), 259-282. Visto el 5/12/2020 en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632012000200012&lng=es&tln=es

- Sánchez M., López Meneses, E.(2007). "La Sociedad De La Información Y La Formación Del Profesorado, Actividades Y Aprendizaje Colaborativo" .
- UNESCO (2005) Hacia las sociedades del conocimiento. Publicaciones Unesco. París.
- Van Deursen, A. y J. Van Dijk (2014), "Habilidades Digitales: Desbloquear La Sociedad De La Información, Basingstoke, Palgrave Macmillan".
- Vercelli, A. (2015) Repensando las regulaciones de internet. Análisis de las tensiones políticas entre no-regular y re-regular la red-de-redes.
- Zeifer, B. (2016) Deliberación, representación y participación ciudadana en el espacio público virtual. Estudios sociales.
- Fuentes documentales**
- Boletín oficial. (21/08/2020) Decreto de Necesidad y Urgencia nro. 690/2020. Argentina Digital. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/233932/20200822>
- Cámara argentina de internet sobre el estado de internet en argentina y la región (cabase internet index) (2020) <https://www.cabase.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/CABASE-Internet-Index-1er-Semestre-2020.pdf>
- Congreso de la Nación. Proyecto de Ley "Internet como Derecho Humano". (s/f) <https://www.hcdn.gob.ar/proyectos/textoCompleto.jsp?exp=2217-D-2019&tipo=LEY>
- Comisión interamericana de derechos humanos. (actualizado a 24 de enero de 2020) Documentos básicos en materia de derechos humanos en el sistema interamericano. <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/DocumentosBasicos-es.pdf>
- Conferencia mundial de derechos humanos (1993). Declaración y programa de acción de Viena. Viena: Naciones Unidas.
- Ente nacional de comunicaciones (2020) Indicadores de Mercado TIC y Audiovisual. <https://drive.google.com/file/d/1BBUUD-8wTbABz6WopS324rqe7tsPBIwIz/view>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (2018). Accesos a internet. Nota metodológica. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/economia/internet_aspectos_metodologicos_2018.pdf
- Ley 27072. Ley Federal del Trabajo Social (2014) <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27072-239854>
- Ministerio de Cultura de la Nación. (2017) Encuesta Nacional de Consumos Culturales <https://www.sinca.gob.ar/Encuestas.aspx>
- Ministerio de Educación de la Nación (2020) Informe preliminar Encuesta a Hogares. Continuidad pedagógica en el marco del aislamiento por COVID-19 https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_preliminar_encuesta_a_hogares.pdf
- Organización de los Estados Americanos (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos(B-32) https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
- Redacción diario de Cuyo (17/07/2020) Argentina: 1 de cada 3 hogares todavía no tiene acceso a internet. Diario de Cuyo. Visto el 18/03/2020 en <https://www.diariodecuyo.com.ar/argentina/Argentina-1-de-cada-3-hogares-todavia-no-tiene-acceso-a-internet-20200717-0011.html>
- Senado de la Nación. Proyecto de Ley 27.078 "Argentina Digital" <https://www.senado.gob.ar/upload/15134.pdf>

Artículos seleccionados

La expulsión de las Instituciones Estatales

Bezzecchi María Sol^a

Fecha de recepción:	18 de marzo de 2021
Fecha de aceptación:	7 de junio de 2021
Correspondencia a:	Bezzecchi María Sol
Correo electrónico:	solbezzecchi@gmail.com

a. Lic. en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo busca problematizar las respuestas de las instituciones estatales frente al contexto del COVID -19. El reemplazo de la presencialidad por la virtualidad terminó por expulsar a las poblaciones más vulnerables, siendo desprovistos hasta de la posibilidad de acceder a las políticas públicas, por no tener un celular, acceso a internet o las herramientas para utilizarlos. Ante la falta de contención y de respuestas, lo público termina siendo desdibujado, ya no como algo de todes, sino únicamente de aquellos que tienen acceso a la virtualidad. Ante esta situación, es necesario que desde nuestra disciplina luchemos por recuperar lo público, por políticas integrales que no fragmenten, que no sean paliativas, que no sean meras reproductoras de la pobreza estructural si no que promuevan la autonomía y brinden herramientas a las personas para poder mejorar sus condiciones de vida, transformando su situación actual en una que sea digna y donde sus derechos sean respetados.

Palabras clave: Políticas públicas - Instituciones Estatales - Virtualidad.

Summary

This article seeks to challenge the response from public institutions to the marginalization caused by the COVID-19 lockdown. The transition to virtuality further alienated vulnerable groups, in many cases excluding them from public policies due to their lack of mobile phones, Internet access, or digital literacy. With no contention nor solutions offered by the State, the public sphere -which is supposed to be a place for everyone- became the exclusive property of those with Internet access. To take back the public sphere, we cannot keep tolerating policies that further the divide, act as a mere palliative, or continue to perpetuate structural poverty. Instead, our discipline needs to advocate for integral policies that promote autonomy and offer tools that allow people to achieve a better, dignified quality of life and exercise their rights.

Key words: Public policies, public institutions, virtuality.

"El deseo de un tiempo por venir, más equitativo, justo y saludable, nos alienta a seguir pensando, intercambiando ideas y aportando propuestas desde el Trabajo Social"
(Parisi, 2020.)

Introducción

En el presente artículo buscó poner en cuestionamiento la expulsión de las instituciones estatales, agravada en el contexto del COVID -19.

Desde el comienzo del aislamiento social, preventivo y obligatorio comenzó a utilizarse la virtualidad como reemplazo de la presencialidad, sin contemplar las consecuencias que esto implicaba para todes aquellos que no tienen acceso a internet. El seis de noviembre de 2020 el Presidente Alberto Fernández anunció el final del A.S.P.O para dar inicio a la etapa de Distanciamiento social, preventivo y obligatorio. Con el mismo, comenzaron a abrirse distintas actividades y a retornar el trabajo presencial en algunos sectores. Sin embargo, en lo que refiere a la atención de las oficinas del Estado, la mayoría de ellas continuaron por gran tiempo con atención reducida o a través de la virtualidad. Es al día de hoy, que muchas oficinas estatales, quienes son la puerta de acceso para la obtención, demanda o reclamo de políticas públicas o de derechos vulnerados continúan sin abrir o realizando atención no-presencial.

La motivación de escribir este artículo surgió a partir de mi responsabilidad como profesional de dar voz a les

sujetos que se presentan en el Equipo Social de atención de demanda espontánea en el que me desempeño laboralmente dentro del Barrio Ricciardelli (ex Villa 1.11.14), CABA. Fueron múltiples las demandas que recibimos, pero llamó poderosamente mi atención la cantidad de personas que se acercaron con papeles con direcciones de email, teléfonos o sitios web a partir de presentarse en distintas oficinas estatales, sin saber cómo continuar. Las referencias a situaciones que se presentaron en la atención que realizó corresponden al período mayo 2020 - mayo 2021.

El Estado como contradicción

El análisis realizado se sustenta en un posicionamiento epistemológico, reconociendo la presencia de la complejidad en la que estamos inmerses, entendida como "la aceptación de una contradicción es la idea de que no podemos escamotear las contradicciones con una visión eufórica del mundo" (Morin, 1994, p.95), es decir, que nunca vamos a tener una visión completa sobre lo real, ni certezas, ni la capacidad de evitar contradicciones.

Nos encontramos insertes en un sistema capitalista globalizado, en el cual no es posible 'un capitalismo donde todes ganen' como mencionó el presidente, ya que el capitalismo tiene como base la dominación del capital sobre el trabajo. Sí puede existir un capitalismo donde las luchas sociales pujen porque los capitalistas obtengan menos ganancias, mediante políticas de redistribución del ingreso, pero nunca va a ser igualitario.

El aislamiento social, preventivo y obligatorio desnudó las desigualdades y relaciones de explotación del sistema. Desigualdades y relaciones que existían pero que se hicieron latentes y salieron al descubierto con más fuerza en la emergencia sanitaria, dando cuenta de la dificultad de las instituciones estatales para dar respuesta al abanico de necesidades sociales.

Coincido como menciona Thwaytes (2004), en que “no puede resultar indiferente para los trabajadores, por ser capitalista, cualquier institución estatal” (p.77), necesitamos un Estado que intervenga a favor de las clases populares, que genere políticas que permitan sobrellevar la situación que se está atravesando.

Luego de años de un gobierno neoliberal que desmanteló el Estado y favoreció la acumulación de capital, la situación del país se vio empeorada por la actual pandemia mundial.

“El declive de la esfera pública no es una novedad de la pandemia. Es un fenómeno propio de las sociedades contemporáneas. Es ese modo de la subjetividad que el neoliberalismo ha sabido cultivar el que da vida a un sujeto centrado en sus intereses privados, preocupado por su seguridad y la de los suyos y desinteresado por el mundo” (Digilio, 2020, p.58). Sin embargo, dicho contexto obligó a recuperar lo público, a repensarnos como partes de una sociedad de la que todos somos responsables y en la que necesitamos de otros para hacer frente a la actual situación.

Es importante el papel que jugaron los gobiernos en políticas públicas destinadas a la Salud de nuestro país. Durante el gobierno del expresidente Mauricio Macri, se redujo el Ministerio de Salud a Secretaría, lo que implicó una reducción en el ‘gasto’ público en salud y una posición política correspondiente a un gobierno neoliberal. Dichas medidas corresponden a un proyecto de país donde se prioriza el mercado y lo privado por sobre lo público.

“Las crisis sociosanitarias como las del coronavirus tienen la “virtud” de demostrar que la mayor o menor fortaleza de la sociedad depende de la política pública, de sus sistemas públicos de protección y de los bienes y servicios sociales disponibles o que puede disponer ante situaciones de emergencia o extraordinarias” (Grassi, 2019, p.5)

Con sus limitaciones y errores, el Estado del actual gobierno intervino ampliando recursos hacia lo público,

sobre todo en el sector salud, para hacer frente a la pandemia que nos atraviesa y garantizar el derecho a la salud de los argentinos. También se buscaron redistribuir recursos a favor de las clases más vulnerables. Por ejemplo, el Ingreso Familiar de Emergencia, con sus limitaciones, igualmente fue un modo de paliar la crisis para estos sectores y no es lo mismo que haya estado a que no esté. Es necesario reconocer las políticas implementadas. Sin embargo, un ingreso nunca iba a poder cubrir lo necesario en un país donde la mitad de los niños son pobres. Las políticas a favor de los trabajadores implementadas no lograron tapar las diversas desigualdades presentes, ni alcanzaron para cubrir la demanda de los sectores más vulnerables.

Lo público y la virtualidad

“Lo público como lo que es de interés o de utilidad común a todos, (...) lo que concierne a la comunidad política, a lo que atañe al colectivo (...) en contraposición a lo oculto, (...) lo manifiesto (...) lo abierto en contraposición con lo cerrado, la accesibilidad que se sustrae a la disposición de los otros.” (Rabotnikof, 2005, p.10)

La autora propone los tres sentidos asociados a lo público y como la imagen del Estado como lugar de lo público fue perdiendo credibilidad. Lo público se nos presenta cómo aquello que es de todos, como aquel espacio donde todos podemos participar, como valor de Estado. Si bien el Estado reproduce las relaciones de dominación del sistema capitalista, lo público viene a ser ese espacio de conquista y lucha de un mundo más justo para todos, donde seamos reconocidos como sujetos con derechos. Las oficinas estatales, al ser partes del Estado, vienen a representar lo público. Ahora la pregunta es ¿qué pasa cuando se expulsa a la población de esas oficinas que vendrían a ser públicas? Hablo de expulsión tomando los aportes de Duschatzky y Corea (2002) en tanto “refiere la relación entre ese estado de exclusión y lo que lo hizo posible. Mientras el excluido es meramente un producto, un dato, un resultado de la imposibilidad de integración, el expulsado es resultado de una operación social, una producción, tiene un carácter móvil” (p.18)

Me parece importante esta distinción ya que es el Estado quién a través de la virtualidad y muchas veces de los malos tratos expulsa a la población más vulnerable de los únicos recursos estatales con los que cuenta para poder seguir reproduciendo su existencia en un contexto totalmente desfavorable.

“El COVID-19 viene a poner en evidencia la “necesidad de Estado” de políticas sociales, cuya calidad, cantidad y eficacia requieren, entre otras cosas, de inversiones sociales” (Grassi, 2019, p.5). La población de los barrios vulnerables se ve excluida de acceso a agua potable, a redes cloacales, del acceso a ambulancias que no entran al barrio, del acceso a puestos laborales formales, entre otras cosas que ocasionan la vulnerabilidad de sus condiciones de vida. Por si no eran suficientes las vulneraciones a sus derechos, con la pandemia sumamos la brecha entre quienes pueden tener internet y quienes no. Si bien ya existía la dificultad de acceso a internet, en este contexto todo se redujo a tener un celular, hasta el acceso a políticas públicas.

“El acceso a las nuevas tecnologías profundizó las antiguas fracturas sociales y creó una brecha digital entre conectados y desconectados. Mediante el miedo al contagio, se logró la docilización y dominación de los cuerpos” (Reygadas, 2007, p.355).

Hoy en día se propone la tecnología como herramienta principal para adaptarnos al nuevo contexto, sin dimensionar la gran cantidad de personas que no tienen acceso a la misma. No sólo se utiliza la tecnología para los trabajos y las escuelas, sino que el otorgamiento de ingresos como lo fue el Ingreso Familiar de Emergencia también precisaba que tengas acceso a un celular y un mail personal. Teniendo como herramienta el miedo al contagio se asignaron nuevos lugares a los cuerpos, siendo que muchos de ellos quedaron sin lugar.

“Cuando una persona, una colectividad, un acto, una información se virtualizan, se colocan -fuera de ahí-, se desterritorializan. Una especie de desconexión los separa del espacio físico o geográfico ordinario y de la temporalidad del reloj y del calendario” (Lévy, 1999, p.14). La virtualidad implicó que muchos quedarán fuera, con esto no debemos demonizarla, sino que el problema está en la falta de accesibilidad a la misma.

“No son las nuevas tecnologías ni las formas de trabajo en sí, sino la ideología o la visión del mundo desde la que se elaboran e interpretan las consecuencias (o posibilidades) sociales que esas tecnologías permiten, lo que cuenta considerar. (...) Se trata de atender a las condiciones de acceso a las capacidades y disposiciones necesarias para desenvolverse en esos nuevos ámbitos de trabajo (virtuales o no); de las redes y recursos disponibles o de las que disponen las personas para hacerse de esas capacidades lo que hace la diferencia o la desigualdad.” (Grassi, 2019, p. 4)

Por lo que si queremos usar la virtualidad como reemplazo a la presencialidad debemos poner herramientas a disposición de la población. Entendiendo que partimos de un contexto en el cual muchas personas no saben ni leer, ni escribir.

Las políticas ¿públicas?

Es necesario para analizar las políticas sociales concretas, “tener en consideración el proceso de demanda, lucha, negociación y otorgamiento, ya que esos elementos están presentes en el proceso de elaboración, definición e implementación” (Pastorini, 1999:201). Las políticas públicas son espacio de luchas por la ampliación de los derechos y la disminución de las desigualdades sociales. Sin embargo, sin el acceso a las mismas, sin siquiera tener derecho a ser escuchados, las personas destinatarias que se acercan a las instituciones estatales terminan quedando por fuera de lo público, sin tener dónde recurrir. Entonces puede haber muchas políticas, pero para que sean públicas, deben poder ser accesibles para todos. Si para obtenerlas es necesario contar con recursos tecnológicos que no poseen, lo ‘público’ de las políticas, en cuanto accesibilidad pasa a ser una utopía. “Se configura así una lógica de políticas sin sujetos, o sujetos devenidos objetos para esas políticas que fueron estructuradas en base a una racionalidad extraña a esas singularidades” (Spinelli, 2010, p.279). Es necesario que se investigue y conozca la situación de la población destinataria, que si bien resulta algo evidente no sucede en la práctica.

Como menciona Fleury (1999) “las políticas sociales se materializan en instituciones y organizaciones” (p.10) por lo que es preciso que estas las instituciones y organizaciones sean espacios receptivos, donde se respete el derecho a ser oído de quien se presente.

Las personas se acercan al espacio en el que me desempeño demandando turnos virtuales o ayuda en cómo solicitar uno en sus dispositivos electrónicos para acceder a los requisitos y aplicaciones que se les solicitan desde las oficinas estatales. La ANSES por varios meses sostuvo la atención virtual, siendo imposible sacar turnos en las oficinas presenciales, con una única oficina que atendía sin turno en Parque Patricios a las primeras personas que llegaban, donde madres con hijos, adultos mayores, tenían que pasar horas a la intemperie para conseguir una respuesta a su situación si es que la obtenían y si llegaban a entrar en los números que se repartían por día. Hoy la única atención es por medio

de los turnos que se obtienen por internet. En lo que refiere a inscripciones escolares se realizan únicamente mediante turnos que deben sacar por el celular. Para reclamos en la Defensoría del Pueblo tienen números para llamar o comunicarse. Para conseguir abogados gratuitos ante situaciones de violencia, u otras deben mandar mails. Todos los trámites requieren de dispositivos electrónicos, que no poseen o no cuentan con las herramientas para saber usarlos. La mayoría de las veces las páginas o mails que les dan no permiten sacar turnos porque están colapsadas. Todas las personas que cobraron el IFE por Banco Provincia, debían bajarse una aplicación que no era compatible con casi ningún celular. Nos hemos pasado horas intentando sacar selfies a adultes mayores para comprobar su identidad en la “Cuenta DNI” sin éxito alguno. Y entonces ¿cómo pueden acceder a las políticas públicas si no cuentan con los recursos que se piden? ¿A quién le reclaman cuando una aplicación no funciona? En dichas situaciones se presentaban al Banco y volvían con un instructivo para bajar la aplicación. Esa era la respuesta. Como menciona Fleury “la exclusión es un proceso que regula la diferencia como condición de la no-inclusión, aunque esas normas no estén legalmente formuladas”, por lo que legalmente puede haber políticas, pero en la práctica no están dadas las condiciones de posibilidad para que todes puedan acceder.

¿Hasta qué punto es soportable esta desigualdad? ¿Hasta qué punto se puede soportar la lucha entre ellos mismos por conseguir un lugar en la única oficina que atiende sin turno? ¿Por qué no pensar en políticas de empleo que permitan darles herramientas para la promoción de sus autonomías y no respuestas paliativas que reproducen la pobreza de las poblaciones? ¿Por qué no pensar en políticas de cuidado para todas aquellas madres que se ven desprovistas de redes para la crianza de sus hijos? Por qué no pensar en otras políticas, que no sean meras reproductoras de la existencia, que ni siquiera llegan a poder cubrir los gastos de un alquiler, de la alimentación diaria.

La población de los barrios populares está lastimada, desde hace un año que las madres lloran por no poder darles de comer a sus hijos, por no poder pagar el alquiler, por no conseguir trabajo. Están cansadas de estar de oficina a oficina. Me han llamado contándome cómo vuelven llorando de ANSES por no tener respuesta ante situaciones donde tienen que pagar una cantidad de plata para poder acceder a la Asignación Universal por Hijo porque sus exparejas tienen deudas de monotributo. Les adultes no pueden salir a trabajar, porque o no hay trabajo o no tienen con quién dejar a sus hijos.

Hace un año que se decretó el A.S.P.O y las ollas populares siguen siendo quienes sostienen la alimentación de los barrios populares. ¿No tuvimos el suficiente tiempo para pensar otras respuestas a la situación como Estado? Frente al aumento de la pobreza, de los fallecimientos por COVID - 19, de las situaciones de violencia de género ¿no podremos poner como Estado recursos humanos y económicos para poder sostener a estas personas? En vez de expulsarlas con papeles con referencias a sitios web, ¿por qué no abrir las oficinas estatales con los protocolos y las condiciones laborales dignas para les trabajadores?

El 31 de marzo terminó el decreto que prohíbe los desalojos, que no por ello dejaron de existir. Frente al desborde que se presenta ¿la única respuesta va a ser dos números de WhatsApp para que las personas informen sobre su situación? Ante la cantidad de solicitudes en Pavón y Entre Ríos por el subsidio habitacional debido al agravamiento de la falta de vivienda, ¿se va a seguir expulsando y maltratando a las personas? ¿O se van a pensar otras políticas que no sean paliativas?

Frente a un contexto donde las situaciones problemáticas presentan múltiples necesidades, podría pensarse en políticas integrales que restituyan la dignidad de las personas y promuevan su autonomía. Por otro lado, creo que es necesario que el Estado intervenga defendiendo las conquistas ganadas, redistribuyendo ingresos a favor de los trabajadores de la salud y estatales que están siendo precarizados y explotados en las instituciones. Sin trabajadores de Estado con condiciones dignas no se va a poder abrir la atención.

Es necesario que se promueva como política pública la empatía con el otro, “La cercanía, el contacto, es una tendencia, a veces un deseo, o también una necesidad o una condición de posibilidad de la realización tanto de la política como representación, de las políticas públicas como acción, de las políticas sociales como intervención y de la intervención del trabajo social como práctica concreta, cotidiana y realizada” (Bazzalo, 2016, p.20). Es necesario poder construir políticas que puedan contener a esta población que está lastimada, expulsada y en situaciones de vulnerabilidad extrema.

Reflexiones finales

Por lo que el abandono de las instituciones estatales, y la vulneración de derechos está agravando las condicio-

nes de vida de las personas de nuestro país. No debemos darle la espalda al Estado, debemos reconocer las conquistas ganadas y sostenerlas, luchar por los derechos vulnerados, reivindicar las demandas en favor de los trabajadores y las clases populares, porque no podemos esperar a que termine el sistema capitalista para hacer frente a las múltiples desigualdades y viola-

ciones, que están asesinando a les más vulnerables. Y comprender que el Estado siempre está interviniendo, porque la ausencia también es una manera de intervenir. Entendiendo que por más que sea un Estado que dirija políticas a favor de las clases populares, también es reproductor de un sistema que excluye a las mayorías.

Bibliografía

Bazzalo, M. A. (2016). *La cercanía y la distancia: los dispositivos y la despolitización de las políticas sociales*. Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social". Año 6. Nro 12.

Duschatzky, S. y Corea, C. (2002). *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Digilio, P. (2020). *Apuntes sobre otros escritos El pensamiento que se llevó la pandemia*. En Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social". Año 10. Nro 20.

Fleury, S. (1999) *Políticas Sociales y Ciudadanía*. En Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) "Diseño y gerencia de políticas y programas sociales".

Grassi, E. (2019). *Neoliberalismo, desigualdad y cuestiones de legitimidad*. En Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales Universidad Nacional de La Plata, Argentina ISSN: 2683-7684, núm. 30.

Lévy, P. (1999) *¿Qué es lo virtual?*. Editorial Paidós, París.

Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, Gedisa.

Parisi, P. A. (2020). *Reflexiones sobre intervención profesional en tiempos de pandemia*. Revista Margen

Pastorini, A.(2000). *Las políticas sociales y el Servicio Social. ¿Instrumento de reversión o mantención de las desigualdades?* En: Montaña, Carlos. La naturaleza del Servicio social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción. San Pablo, Cortez Editora. Pp. 55 a 79.

Rabotnikof, Nora (2005). *En busca de un lugar común. El espacio público en la teoría política contemporánea*. Instituto de Investigaciones Filosóficas - UNAM, México.

Reygadas, L. (2007). *La desigualdad después del (multi)culturalismo*. En ¿Adónde va la antropología? UAM-Iztapalapa, México.

Spinelli, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Buenos Aires, Salud Colectiva.

Thwaites Rey, M. *La autonomía como búsqueda, el Estado como contradicción*. Prometeo Libros, 2004.

Artículos seleccionados

Comités Barriales de Emergencia del Municipio de General Pueyrredón: De la lucha por la supervivencia al planteo político-estratégico

Agüero Juan^a y Martínez Silvana^b

Fecha de recepción: 24 de noviembre de 2020
Fecha de aceptación: 7 de junio de 2021
Correspondencia a: Agüero Juan
Correo electrónico: juanagueroposadas@gmail.com

- a. Doctor en trabajo social. Centro de Estudios Sociales y de la Salud (CESYS). Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar Del Plata.
- b. Doctora en ciencias sociales. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar Del Plata.

Resumen:

Este trabajo se inscribe en el Proyecto de Investigación *“Monitoreo y seguimiento de las estrategias para minimizar la circulación del COVID 19 en el Municipio de General Pueyrredón”*, que se viene desarrollando en el Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales -INHUS- de doble dependencia del CONICET y la Universidad Nacional de Mar del Plata y donde participan investigadores de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social y de la Facultad de Humanidades. Se analiza como fuente de información los relatos de los delegados y delegadas de los Comités Barriales de Emergencia que participaron en dos plenarios organizados de manera virtual durante los me-

ses de agosto y septiembre de 2020. En estos plenarios se abordaron dos grandes cuestiones. Por un lado, la lucha por la supervivencia ante la grave situación generada por el COVID-19. Se trataron ocho problemáticas consideradas prioritarias: salud, alimentación, trabajo, violencia de género, acceso a la justicia, violencia institucional, derecho a la ciudad e infraestructura urbana. Por otro lado, una cuestión más político-estratégica de organización de los barrios populares para afrontar tanto la situación generada por la pandemia como los problemas barriales estructurales, existentes antes, durante y en la post pandemia. En este trabajo se analizan estas dos grandes cuestiones.

Palabras clave: Comités Barriales de Emergencia - COVID 19 - Plenarios.

Summary

This work is part of the Research Project "Monitoring and follow-up of strategies to minimize the circulation of COVID 19 in the Municipality of General Pueyrredón", which is being developed at the Institute of Humanities and Social Sciences -INHUS- of double dependence of CONICET and the National University of Mar del Plata and where researchers from the Faculty of Health Sciences and Social Work and the Faculty of Humanities participate. We analyze as a source of information the relates of the delegates of the Emergency Neighborhood Committees that participated in two plenary meetings organized virtually during the months of August and September 2020. Two major issues were addressed in these plenaries. On the one hand, the struggle for survival in the face of the serious situation generated by COVID-19. Eight priority issues were addressed: health, food, work, gender-based violence, access to justice, institutional violence, the right to the city and urban infrastructure. On the other hand, a more political-strategic issue was the organization of popular neighborhoods to confront both the situation generated by the pandemic and the structural neighborhood problems that existed before, during and after the pandemic. This paper analyzes these two major issues.

Key words: Neighborhood Emergency Committees; COVID 19; Plenaries.

Introducción

Este trabajo se inscribe en el Proyecto de Investigación "Monitoreo y seguimiento de las estrategias para minimizar la circulación del COVID 19 en el Municipio de General Pueyrredón", que se viene desarrollando en el Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales -INHUS- de doble dependencia del CONICET y la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se analizan las problemáticas y desafíos planteados por los delegados y delegadas de los *Comités Barriales de Emergencia* -CBE- que participaron en los plenarios sincrónicos realizados el 1º de agosto y el 26 de septiembre de 2020. En cada uno de estos plenarios participaron entre 75 y 80 delegados y delegadas. Se abordaron ocho problemáticas principales: salud, alimentación, género, diversidad sexual, acceso a la justicia, violencia institucional, derecho a la ciudad e infraestructura urbana.

Los plenarios se organizaron con varios objetivos: generar un espacio de debate de las problemáticas de los distintos barrios en torno a las ocho cuestiones anteriormente mencionadas, promover la participación de los vecinos en los debates de sus propias problemáticas, compartir información sobre lo que se venía realizando en cada CBE, construir una agenda de trabajo común, discutir las cuestiones consideradas estratégicas para los barrios y discutir los contenidos de un planteo político-estratégico común a ser formulado ante las autoridades del Municipio de General Pueyrredón.

En este trabajo se analizan, por un lado, las acciones que se vienen desarrollando en los barrios ante la situación de emergencia generada por la pandemia del COVID 19. Estas acciones están centradas en las ocho problemáticas principales mencionadas anteriormente. Por otro lado, se analiza la cuestión político-estratégica

planteada como objetivo de los plenarios. Se trata de cómo organizar las demandas de los barrios populares en relación a los problemas estructurales que ya existían antes de la pandemia, que se profundizaron con la misma y que seguirán estando en la post pandemia.

La organización popular y la lucha por la supervivencia

Los CBE son organizaciones barriales que se fueron conformando en el Municipio de General Pueyrredón, provincia de Buenos Aires, a partir del 20 de marzo de 2020, fecha en que se decretó en todo el territorio argentino el aislamiento social, preventivo y obligatorio de la población, por la pandemia del COVID 19. Los CBE se conforman con la participación de muchas organizaciones e instituciones que ya venían trabajando en los barrios del municipio. Existen unos 35 CBE que tienen presencia en más de 70 barrios, abarcando un extenso territorio y un alto porcentaje de la población.

Podemos definir a los CBE como dispositivos comunitarios de organización de los sectores populares ante los riesgos y amenazas generados por la pandemia del COVID 19. Emergieron de una situación límite, de la necesidad de supervivencia ante la emergencia sanitaria, social y existencial generada por la pandemia. Por un lado, la existencia misma de la población más vulnerable estaba gravemente amenazada. No era una cuestión de estadística, sino una realidad que afectaba profundamente la vida cotidiana de los sujetos, sujetas y sujetos sociales. Por otro lado, la necesidad de organización popular surge como contracara de una escasa presencia y acción del Estado, que en gran medida ya venían cubriendo las organizaciones sociales e instituciones.

La necesidad de organización se fundaba en la necesidad de supervivencia. A esto se agregaba la urgencia. No se disponía de muchos días ni muchos meses para organizarse. Había que hacerlo en lo inmediato y con los recursos disponibles. El principal recurso era por supuesto la experiencia de las propias organizaciones sociales e instituciones que ya venían trabajando en los barrios. Había trabajo comunitario previo y, por tanto, había un *know-how* de cómo hacer las cosas. Esta experiencia fue la base que permitió la constitución de los CBE en un tiempo muy breve. Además, había otro recurso disponible. Como lo señala Anthony Giddens (1995), había un repertorio de saberes compartidos y conocimiento mutuo entre los miembros y miembros

de las organizaciones e instituciones. Había un cierto clima de confianza derivado de este conocimiento.

En los plenarios, los delegados y delegadas reconocen la importancia de los CBE, pero también la importancia de los plenarios como espacios colectivos e instrumentos estratégicos de democratización de la palabra, la información y las prácticas de los CBE. Destacan la necesidad de estos espacios, para que todos puedan expresarse, contar su realidad y compartir sus experiencias. Por otra parte, reivindican el valor estratégico de los CBE como organizaciones populares y como experiencia novedosa y genuina de construcción de poder popular. Tal como lo expresamos en otro trabajo (Agüero et al., 2020), los CBE se constituyen en importantes espacios e instrumentos de construcción política y social de sus miembros. Además, los propios CBE se transforman en actores políticos y van asumiendo un papel clave y estratégico de representación popular al centralizar y canalizar las demandas populares.

Los plenarios se transforman así en importantes catalizadores de las voces y reclamos de los delegados y delegadas que participan en ellos. La agenda de ocho problemas centrales que abordan los plenarios permite a los delegados y delegadas hacer escuchar sus voces, contar sus historias, plantear sus reclamos, en algunos casos con visible emoción y en otros con bronca e indignación ante la situación de incertidumbre y vulnerabilidad generada por la pandemia.

La problemática de la salud tiene que ver con la supervivencia, pero también con la calidad de vida, como lo muestra Víctor Mamaní (2009). En relación a esta problemática, si bien se viene haciendo un trabajo comunitario, los delegados y delegadas manifiestan que se necesita más apoyo del Municipio. Les preocupa que, por temor al COVID, se deje de lado la atención de patologías crónicas y que no se estén recibiendo los medicamentos necesarios para las mismas. Les preocupa también que los centros de salud funcionen sólo de lunes a viernes en ciertos horarios y que no haya guardias para urgencias, especialmente pediátricas.

También destacan los delegados y delegadas el aumento de los riesgos para la salud que genera la falta de recolección de residuos y la formación de micro basurales. Asimismo, manifiestan su preocupación por la falta de medicamentos para la salud mental. Coinciden unánimemente en que han aumentado enormemente los contagios de COVID y que esta situación genera mucha

angustia e incertidumbre por la falta de conectividad y la saturación del sistema de salud. Sin embargo, resaltan la gran solidaridad de los vecinos y vecinas, que aportan su tiempo, sus teléfonos personales y sus medios económicos para paliar la situación, como también la labor de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que ha donado recargas de celulares, gestionado recursos y realizado capacitaciones, entre otras acciones, acompañando a los vecinos.

Una segunda problemática también vinculada a la salud y la supervivencia es la alimentación. Los delegados y delegadas coinciden en que las cantidades de alimentos que reciben los barrios son insuficientes ante el fuerte aumento de casos y que hay dificultades para mantener la cadena de frío para conservar en buen estado los alimentos. Muchos comedores se están sosteniendo con donaciones de empresas y de organizaciones sociales. Mencionan que hay muchos comedores que no figuran en los registros municipales y que, por esta razón, son muchos más los vecinos que necesitan alimento y que no están siendo atendidos. Mencionan también que se están llevando viandas a los vecinos y vecinas que no pueden salir de sus casas por la edad, por el coronavirus, por circunstancias personales o familiares o por distintas patologías.

Los delegados y delegadas destacan expresamente la labor heroica que se viene cumpliendo en los comedores y las cocinas comunitarias, especialmente el heroísmo de las mujeres que en un 80 % son las que sostienen con su trabajo las cocinas y comedores y, sin embargo, no están en las mesas de discusión, no tienen acceso a la información y no toman decisiones. Se plantea aquí muy claramente la problemática de género que subyace en los CBE, en las organizaciones e instituciones que integran los mismos, en las familias, en las cocinas y comedores, en el cuidado de las personas, la atención de la salud, la educación y la economía popular y familiar. La *cuestión de género*, como se denomina en la teoría (Scott, 1986; Butler, 1990; Haraway, 1993; Martínez, 2009, 2019) y también en los CBE y las organizaciones sociales e instituciones que conforman los mismos, implica un conjunto de temáticas y problemáticas que están presentes no sólo en las relaciones binarias varones-mujeres, sino también en las disidencias sexo-genéricas y en el colectivo LGTBI+.

No sólo advierten los delegados y delegadas que hay una enorme asimetría de poder, recursos, información, oportunidades y posibilidades entre varones y mujeres, sino que mayoritariamente son las mujeres las que han

decidido participar en los plenarios, justamente para denunciar la enorme injusticia de ponerse al hombro y hacerse cargo de la crisis, sin estar en los lugares de poder y decisión al ser excluidas sistemáticamente de los mismos. En este sentido, los plenarios ponen en evidencia las relaciones asimétricas de poder, pero también la violencia familiar y social, la discriminación de género y los conflictos sociales derivados de estas situaciones en los CBE, en las organizaciones sociales e instituciones que integran los mismos, en los barrios, en las familias y en muchos otros espacios de la vida social.

Como destacaron los delegados y delegadas, en los CBE se organizaron espacios para trabajar las cuestiones de género. Esta cuestión se reconoció como prioritaria desde la misma conformación de los CBE. Se convocó a las organizaciones feministas y otras con trabajo en el territorio, para compartir información y experiencias, para discutir qué hacer, cómo hacer, con quién y con qué recursos. Se buscó el apoyo del Municipio y la Universidad. Se planteó como problemas principales la falta de seguridad para acompañar a las mujeres en situación de violencia, el trabajo reducido que vienen realizando los juzgados, la imposibilidad de exigir el cumplimiento de la cuota alimentaria y la urgente necesidad de contar con un protocolo para casos de violencia de género. Se planteó expresamente las dificultades que genera la pandemia al encontrarse las mujeres y disidencias sexuales en sus casas conviviendo con los violentos. Se destacó al respecto el enorme aumento de los casos de violencia de género, una cuestión que, para estudios recientemente publicados, constituye uno de los impactos del Covid 19 (Kessler y Benza, 2021).

Otra problemática que también se abordó en los plenarios es el acceso a la justicia y la violencia institucional. En este tema es importante destacar el valor que han tenido los CBE como espacios para visibilizar los casos de violencia policial en la vía pública, gatillo fácil, persecución de jóvenes, mujeres y miembros del colectivo LGTBI+, como también para organizar y coordinar las respuestas. La visibilización de los casos de violencia policial puso en evidencia también las dificultades y la falta de acceso a la justicia. La acción de los CBE se orientó fundamentalmente a la discusión de la problemática, evitando su ocultamiento o naturalización en los barrios. Además, se avanzó en la intervención social buscando una modificación de la situación. Al respecto se plantearon habeas corpus y se organizaron actividades con diversos organismos y organizaciones de derechos humanos.

La acción organizada de los CBE en representación de los jóvenes, mujeres y miembros del colectivo LGTBI+ fue fundamental para contrarrestar la violencia policial. Como sujetos colectivos, los CBE permitieron visibilizar los casos de violencia y ejercer un control social sobre el accionar de las instituciones policiales. En muchos casos incluso hubo traslados de jefes policiales. Además, se trabajó en talleres de capacitación, difusión de material informativo y se organizó la información sobre los casos de violencia y los dispositivos de denuncia. Dos de los mecanismos más utilizados para la denuncia y visibilización de los casos de violencia fueron los medios de comunicación social y las redes sociales.

Otra problemática abordada en los plenarios es lo relacionado al derecho a la ciudad y la infraestructura urbana. En este tema también han tenido un gran protagonismo los CBE como espacios colectivos de debate y participación. Se trabajó en un diagnóstico y evaluación de las desigualdades estructurales que tiene el Partido de General Pueyrredón, a partir del cual se constató que los más afectados y abandonados son los barrios populares en lo que hace a presencia del Estado y obra pública. Se construyó un diagnóstico participativo, popular, comunitario, sobre las condiciones de vida de los barrios populares y sobre qué cosas plantear en la Mesa Social de Emergencia del Municipio.

Uno de los problemas más acuciantes detectados son los micro basurales. Se relevaron más de 80 micro basurales, con todo lo que esto significa para la salud de la población ya que constituyen verdaderos focos de contagio de enfermedades. Otro problema crucial son los anegamientos y las inundaciones provocadas por las lluvias, por falta de desagües para el escurrimiento del agua. Asimismo, se trabajó en el relevamiento de los recorridos del transporte urbano de pasajeros, las garitas, el estado de las calles y las luminarias, entre otras cuestiones. Se dejó en claro que la idea era fortalecer el trabajo ya realizado en los barrios por las organizaciones e instituciones, con el fin de luchar por lo que falta.

Proceso de construcción político-estratégica

Además de la discusión de las ocho problemáticas abordadas en el apartado anterior, los plenarios de delegados y delegadas de los CBE se propusieron como objetivo discutir los contenidos de las cuestiones consideradas político-estratégicas para los barrios, es decir, discutir

una agenda común de temas considerados político-estratégicos, con el fin de plantearlos ante las autoridades del Municipio de General Pueyrredón. Esto se refiere a cómo organizar las demandas de los barrios populares en relación a los problemas estructurales que ya existían antes de la pandemia, que se profundizaron con la misma y que seguirán estando en la post pandemia. Como ya se adelantó en el apartado anterior, estos problemas estructurales son, entre otros, los micro basurales, los anegamientos e inundaciones en días de lluvias, el transporte urbano de pasajeros, la construcción de garitas para la espera de micros, el arreglo de las calles y la iluminación pública.

El planteo de estos problemas estructurales se inscribe en un proceso de construcción político-estratégica de los CBE, que se evidencia por ejemplo en el contenido de los discursos y propuestas de los delegados y delegadas. Como ejemplo ilustrativo, en el primer plenario, y en alusión al festejo del Día del Niño, se propuso como moción *“que el plenario apoye el paro del 12 de agosto del personal de salud porque es una lucha emblemática contra el ajuste en tiempos de pandemia. Tenemos que defender a nuestros CAPS y a nuestros niños. El mejor regalo para el día del niño es que vuelvan los pediatras y que funcione pediatría en todos los CBE”*. Asimismo, se propuso *“conformar una mesa de todos los CBE, que discuta la problemática de la niñez y la adolescencia”*.

Vemos aquí cómo se pasa de la supervivencia al *Sumak Sawsay*, expresión quechua de los pueblos andinos de Ecuador y Bolivia que suele traducirse como *Buen Vivir* o *Vivir Bien* (Zaragocin, 2017). El Buen Vivir requiere condiciones dignas de vida que van más allá de la mera supervivencia. Implica sentirse bien como seres humanos viviendo en un barrio como comunidad humana. Por eso los delegados y delegadas plantean la necesidad de defender la salud de los niños y adolescentes apoyando la lucha del personal de los CAPS. Tienen en claro que sin salud no hay posibilidad de *Buen Vivir*. Por eso también demandan que los CBE encabezen los reclamos de mejores condiciones de vida.

Para los delegados y delegadas los CBE son una experiencia nueva, avasallante, que no tiene precedentes en la historia de los barrios. Cuando comenzaron, participaban sólo algunas organizaciones sociales e instituciones. Hoy son más de veinte, lo que demuestra la importancia y el reconocimiento que fueron adquiriendo, no sólo en términos sociales sino también como construcción política. Los CBE son reconocidos en los plenarios como *“espacios privilegiados en estos tiempos de no presencialidad”*.

En este sentido, se destacaron y reconocieron los lazos contruidos por los CBE con las instituciones, en estos tiempos de pandemia, especialmente con las escuelas.

Así como la defensa de la salud implicaba la defensa de los CAPS y del personal de salud, acá también hay un expreso reconocimiento de las escuelas y, a través de ellas, de la educación, como condición fundamental para el *Buen Vivir*. Además de la salud y la educación, los delegados y delegadas perciben también como claves para el *Buen Vivir* en los barrios, otras cuestiones que atentan contra este objetivo político-estratégico. Por eso consideran un problema político-estratégico los micro basurales, los anegamientos y las inundaciones, porque son una amenaza directa para la salud. Igualmente tienen este carácter el arreglo de las calles, la iluminación pública, el recorrido del transporte urbano y las garitas para la espera del transporte urbano, porque protegen la vida y la salud.

Ante la necesidad de ir más allá de la supervivencia y pensar en la pospandemia, los plenarios se plantean como objetivo construir una agenda en común para el mediano y largo plazo. Esta agenda político-estratégica se plantea como un derecho a la ciudad y a contar con la infraestructura urbana necesaria. Este tema, si bien se plantea como un reclamo político-estratégico similar a otros planteados en otros lugares del mundo, es un tema ya planteado hacia fines de la década de 1960 por Henri Lefebvre, quien definió el derecho a la ciudad como "*el derecho de los habitantes urbanos a construir, decidir y crear la ciudad, y hacer de ésta un espacio privilegiado de lucha anticapitalista*" (citado por Molano Camargo, 2016, p. 4).

Sobre pensar en la estrategia, más allá de la emergencia, ya lo proponía José Luis Coraggio en los comienzos de la década de 2000 en su libro *De la emergencia a la estrategia: más allá del "alivio de la pobreza"* (Coraggio, 2004), donde el autor critica duramente la política económica y social del neoliberalismo en las décadas de 1980 y 1990 y propone salir de la emergencia en la nueva época que se inicia en Nuestra América con la irrupción de gobiernos nacionales y populares. La salida que propone Coraggio es pasar de la emergencia a la estrategia, mediante un diseño de políticas socioeconómicas de mediano-largo plazo centradas en el trabajo y sin separar lo económico de lo social como lo hizo el neoliberalismo.

Los CBE fueron construyendo esta mirada político-estratégica de mediano-largo plazo y por eso se plantean cómo pensar los tiempos de pospandemia y cómo cons-

truir una agenda común que les permita representar y canalizar legítimamente las demandas de los barrios ante la sociedad y los gobiernos, tanto nacional como provincial y municipal. Como lo señalamos en un trabajo anterior (Agüero et al., 2020) la pretensión de los CBE no es poner en tela de juicio la legitimidad que tienen los gobiernos elegidos democráticamente, ni muchos menos ocupar el lugar que corresponde al Estado en el ejercicio del poder. Por el contrario, los delegados y delegadas tienen en claro que su lugar político es la organización y canalización de las demandas y aspiraciones de los barrios que representan.

En este sentido, expresan claramente su reconocimiento del valor que tienen los plenarios como espacios políticos de discusión estratégica, además de "*poner en común los aprendizajes, aciertos y errores de una construcción popular genuina y multisectorial*". Reconocen también que los plenarios "*son un espacio participativo y democrático para discutir y compartir sentimientos, pensamientos, ideas y acciones, para visibilizar lo que se está haciendo y para que quienes están poniendo el cuerpo en la pandemia sean los protagonistas*". Asimismo, reconocen que los plenarios permiten "*recuperar los saberes compartidos, construir para adelante, articular políticas con diferentes estamentos del Estado, compartir diagnósticos y documentos que se van elaborando, construir propuestas y evaluar el funcionamiento de los CBE*".

En definitiva, como sujetos políticos, los CBE organizan los plenarios como instancias de construcción de un colectivo social popular. Los aportes realizados por los delegados y delegadas favorecieron esta construcción porque posibilitaron que todos se sientan parte de una causa común y de un colectivo social, que compartan el arraigo en los barrios como territorio propio, que se identifiquen con un proyecto común político-estratégico y que exterioricen y compartan los mismos sentimientos, las mismas angustias, temores e incertidumbres, pero también la misma esperanza y certeza de que solamente la unión, la organización, la ayuda mutua y la solidaridad son los instrumentos que construyen poder popular.

Reflexiones finales

Los CBE son sin dudas instrumentos valiosos de los barrios populares, como lo expresaron las mismas mujeres, varones y disidencias sexo-genéricas que participaron en los plenarios que abordamos en este artículo. La vida en los barrios populares no es fácil, por las

múltiples carencias, la falta de trabajo, las dificultades de todo tipo, agravadas y profundizadas por la pandemia del COVID 19. Como lo expresaron en los plenarios, *“se sobrevive con compañerismo, confianza, organización y solidaridad entre las organizaciones e instituciones que trabajan en los barrios”*.

Pero también en los barrios populares se construyen saberes y aprendizajes, se acumulan y comparten experiencias, se ponen en marcha múltiples estrategias de supervivencia y se aprende a luchar por los sueños y proyectos compartidos con otros. En este trabajo hemos abordado dos plenarios organizados por los CBE justamente para compartir estos saberes, aprendizajes y experiencias, para compartir ideas y propuestas y fundamentalmente para generar un espacio democrático donde aquellos que ponen el cuerpo en la pandemia puedan expresarse y hacer visibles y audibles sus voces.

La participación en un espacio abierto y colectivo no es fácil. Requiere coraje y voluntad para llevarlo a cabo. En los plenarios que analizamos en este trabajo, la par-

ticipación de los delegados y delegadas se hizo presente y se expresó en muchas voces que plantearon sus preocupaciones, contaron sus historias sin ninguna restricción, manifestaron sus ideas, realizaron sus aportes y críticas, reconocieron lo hecho, plantearon lo que falta y proyectaron sus sueños y esperanzas de un futuro deseable y de cómo lograrlo con organización y lucha colectiva.

Los CBE del Partido de General Pueyrredón, provincia de Buenos Aires, han construido poder popular en los barrios que los integran, han creado lazos de solidaridad muy fuertes, han construido confianza y capacidad de organización, han generado espacios colectivos y democráticos de discusión de los problemas comunes, han organizado la resistencia y la lucha por la supervivencia ante la grave amenaza de la pandemia del COVID 19 y han desarrollado también la conciencia colectiva y la capacidad de liderazgo para pensar estratégicamente en el mediano-largo plazo, proyectar un futuro deseado y planear las acciones político-estratégicas y la lucha colectiva de los barrios para concretarlo.

Bibliografía

- Agüero, J. et al. (2020). La experiencia de los Comités Barriales de Emergencia en el Partido de General Pueyrredón, Buenos Aires, Argentina. Una aproximación teórica-interpretativa desde las Ciencias Sociales. Revista Debate Público Reflexión de Trabajo Social, N° 20.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Coraggio, J. (2004). De la emergencia a la estrategia: Más allá del "alivio a la pobreza". Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Giddens, A. (1995). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Haraway, D. (1993). *De Mujer a Género*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Kessler, G. y Benza, G. (2021). *La ¿nueva? estructura social de América Latina*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Mamaní, V. (2009). *En-Red-Ando. Salud y calidad de vida. La experiencia en barrio La Esperanza, Perico, Jujuy, Argentina*. Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas.
- Martínez, S. (2013). *Sueños rotos...vidas dañadas. Violencia hacia las mujeres en contextos familiares*. Paraná: Editorial Fundación La Hendija. 2da edición.
- Martínez, S. (2019). *La trama oculta de las desigualdades de género en los partidos políticos*. Paraná: Editorial Fundación La Hendija.
- Molano Camargo, F. (2016). El derecho a la ciudad: de Henri Lefebvre a los análisis sobre la ciudad capitalista contemporánea. *American Historical Review*, N° 44, p. 3-19.
- Scott, J. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *American Historical Review*, N° 91, p. 1053-1075.
- Zaragocin, S. (2017). Feminismo Decolonial y Buen Vivir. En S. Varea & S. Zaragocin (comp.). *Feminismo y Buen Vivir: Utopías Decoloniales*. Cuenca: PYDLOS Ediciones.

Producciones de fin de grado



Producciones de fin de grado

Conflictividad socio-ambiental y construcción de la agenda pública en Pergamino

Carla Díaz^a y María Belén González Rosas^b

Fecha de recepción:	23 de junio de 2021
Fecha de aceptación:	30 de junio de 2021
Correspondencia a:	María Belén González Rosas
Correo electrónico:	belengonzalezrosas08@gmail.com

a. Lic. en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires.

b. Lic. en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

En el presente artículo se ofrece un análisis de las estrategias de incidencia política implementadas por dos organizaciones pertenecientes al Partido de Pergamino, Provincia de Buenos Aires, cuyo fin es instalar en la agenda pública la conflictividad socio-ambiental que aqueja a la localidad. Respaldo en una investigación realizada durante el período 2019-2020, el objetivo del mismo es describir los procesos de organización colectiva y los mecanismos de legitimación que se despliegan a partir de las desigualdades socio-ecológicas ocasionadas por un modelo productivo agroindustrial sustentado en el monocultivo de soja.

Palabras clave: Organizaciones socio-ambientales - Conflictividad socio-ambiental - Estrategias de incidencia política.

Summary

This article provides an analysis of political advocacy strategies implemented by two organizations belonging to the Pergamino Party, Province of Buenos Aires, whose purpose is to install the socio-environmental conflict that afflicts the locality in the public agenda. Supported in an investigation carried out during the 2019-2020 period, the objective of it is to describe the collective organization processes and the mechanisms of legitimation that are deployed from the socio-ecological inequalities caused by an agro-industrial model supported in the monoculture of soy.

Key words: Socio-environmental organizations, socio-environmental conflict, political advocacy strategies.

Introducción

El presente artículo fue confeccionado en base a la tesis de grado "Desde el centro del huracán. Conflictividad socio-ambiental y construcción de la agenda pública en Pergamino", elaborada durante el período 2019-2020 para la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). El objetivo del mismo es realizar un análisis de las estrategias de incidencia política implementadas por dos organizaciones socio-ambientales del Partido de Pergamino, Provincia de Buenos Aires, para hacer frente a las desigualdades socio-ecológicas que afrontan, a raíz de las pulverizaciones con agrotóxicos¹ en el marco de la expansión del monocultivo de soja transgénica. La indagación de tales estrategias se organizó en torno a dos ejes, a saber: la construcción de la agenda pública y la participación en la definición de políticas públicas relacionadas con la problemática.

Nos parece pertinente destacar que, si bien podríamos decir que se trata de un área temática poco frecuente en el campo de investigaciones dentro del ámbito del Trabajo Social, su creciente relevancia política y social, tanto en el contexto nacional como regional, la configura como campo problemático propicio para el abordaje desde nuestra disciplina, desde cuya mirada es posible aportar lecturas críticas y estrategias de intervención en conjunto con los actores implicados. Ya que, al constituirse como una de las manifestaciones contemporáneas de la Cuestión Social, la situación problemática de

Pergamino nos permite problematizar la conflictividad socio-ambiental y las desigualdades socio-ecológicas como un escenario emergente para la intervención del ejercicio profesional.

Para ello, comenzaremos el artículo abordando el papel que interpreta América Latina en relación a la implementación de modelos de desarrollo basados en la sobreexplotación de bienes naturales y la apropiación de ellos por parte del capital transnacional, en el que el modelo de los agronegocios constituye una pieza fundamental. Luego, realizaremos una descripción sobre Pergamino en tanto escenario productivo donde se desarrolla el modelo de agricultura agroindustrial centrado en el monocultivo de soja transgénica y la emergencia de la conflictividad socio-ambiental que da origen al surgimiento de ambas organizaciones socio-ambientales. Por último, nos centraremos en el abordaje de las estrategias de incidencia política implementadas por ambas organizaciones para instalar la conflictividad en la agenda pública.

La inserción de Argentina en el mercado mundial en el marco del Consenso de los Commodities

El modelo económico actual se presenta como una de las formas más exhaustivas de la "acumulación por desposesión" analizadas por Harvey (2004) ya que implica

1. Utilizamos el término "agrotóxicos" en lugar del término "agroquímicos" ya que adoptamos la conceptualización que hacen de ellos las distintas organizaciones ambientalistas que a nivel nacional han denunciado a lo largo de los años la toxicidad e impacto en la salud de las sustancias químicas que sustentan el modelo de producción agroindustrial centrado en la producción y comercialización de cultivos transgénicos.

un patrón económico, social, político y territorial constitutivo de relaciones sociales de poder, dominación y desigualdad en el marco de la depredación y la sobreexplotación de los bienes naturales de los países de América del Sur donde se instala un patrón de acumulación basado en actividades extractivas que implantan “zonas de sacrificio” y garantizan la inserción subordinada de los países latinoamericanos en el marco de la globalización comercial y financiera actual (Gudynas, 2011), perpetuando así la localización asimétrica de los riesgos y costos ambientales resultantes de la sobreexplotación de la naturaleza.

Acorde a dichos intereses del orden global se realiza a partir del último decenio en América Latina, el pasaje del modelo de acumulación basado en la valorización financiera, denominado Consenso de Washington, al modelo de acumulación centrado en la intensificación de la exportación de bienes primarios a gran escala con la consecuente reprimarización de la economía denominado Consenso de los Commodities (Svampa, 2012). De esta manera, se pone el eje en un nuevo modelo económico y político asentado en la implementación masiva de proyectos extractivos tales como la mega-minería metalífera a cielo abierto, el modelo de los agronegocios sustentado en los cultivos transgénicos y la expansión de las fronteras petrolera, pesquera y forestal; colocando a la Argentina como “uno de los países de América Latina que más expone su territorio y sus recursos naturales a los procesos de privatización y apropiación por parte del gran capital transnacional” (Giarraca, 2007, p. 3).

El modelo de los agronegocios se inscribe en el contexto del Consenso de los Commodities e implica en la economía local el pasaje de un modelo productivo agropecuario a un modelo productivo agroindustrial centrado en la exportación de commodities y con un alto componente de insumos energéticos y químicos. Uno de los pilares de este modelo productivo es el denominado proceso de sojización, esto es, el proceso socio-político, económico, tecnológico-productivo y ambiental que se desarrolló a partir de la expansión del cultivo de soja.

Si bien este proceso de expansión, en Argentina, comienza a mediados de la década de 1980, es a partir de 1996 que esta expansión se acentúa debido a la aprobación del uso de la semilla transgénica, resistente al

herbicida glifosato². “(...) en la campaña de 1996/97 la soja ya acaparaba 6.669.500 hectáreas, en 2012/13 había alcanzado su pico máximo 20.035.572 hectáreas (...). La superficie sembrada con esa oleaginosa aumentó en todo el país un 196,6% entre 1996 y 2014; en idéntico lapso, la producción se incrementó un 385,2%, pasando de 11.004.890 a 53.397.710 toneladas” (Gómez Lende, 2015, p. 10).

La intensidad del crecimiento del monocultivo de soja provocó graves impactos socio-ambientales que potenciaron la emergencia a nivel nacional de nuevos actores sociales centrados en la defensa de los bienes comunes, el medio ambiente y las condiciones de vida. Así, el Partido de Pergamino, Provincia de Buenos Aires, corazón de la pampa húmeda, se constituye en uno de los territorios en donde devino la emergencia de estos nuevos actores sociales que se organizan contra el modelo contaminante de los agronegocios.

Estudio de caso: Pergamino

Pergamino es un Partido ubicado en la zona agrícola del Norte de la Provincia de Buenos Aires, pieza fundamental de la Región Pampeana conocida como el “motor agropecuario del país” por ser uno de los espacios cultivados más productivos del país y por ser poseedor de una larga tradición agrícola.

Según los datos aportados por el Ministerio de Agroindustria de la Nación, en la campaña de 2017/2018, Pergamino se ubicó como el cuarto distrito de la Provincia de Buenos Aires que más litros/kilos de agrotóxicos aplicó en su superficie. En este contexto, la problemática socio-ambiental adquiere centralidad debido a que un estudio realizado por el INTA Balcarce (2019) demostró que el agua que consumía la población de Pergamino no era apta para consumo humano porque estaba contaminada por al menos 18 agrotóxicos. Ello derivó en el desarrollo de una causa penal ante el Juzgado Federal de San Nicolás (Bs. As) por la calidad del agua potable en la que el Juez Villafuerte Ruzo, a partir de los estudios presentados por el INTA Balcarce y los análisis de genotoxicidad realizados por una de las integrantes de “Madres” que determinan la presencia de daño genético en los organismos de vecinos del Barrio Villa Alicia, resolvió ampliar el límite restrictivo de las fumigaciones

2. Resolución N°167 de la Secretaría de Agricultura, Pesca y Alimentación, 25/03/1996.

con agrotóxicos a no menos de 1.095 metros del área urbana en el caso de las aplicaciones terrestres y a 3.000 metros para las fumigaciones aéreas³.

Por ello, Pergamino, en tanto escenario clave del modelo productivo actual, se constituye en cuna de dos organizaciones ambientalistas, a saber: "Asamblea por la Vida, la Salud y el Ambiente"⁴ y "Madres de Barrios Fumigados de Pergamino" que emergen en la búsqueda de transformar sus condiciones de vida.

Respecto del surgimiento histórico de ambas organizaciones, la "Asamblea por la Vida" surge en el año 2013 como consecuencia de los problemas respiratorios que comenzaron a padecer la hija y el marido de una de las integrantes, así como también la pérdida de un embarazo de 5 meses a causa de las pulverizaciones con agrotóxicos efectuadas en un campo lindero a su vivienda. La experiencia de vida de esta integrante fue el puntapié inicial que dio origen al surgimiento de la organización y lo que motivó a que en aquel entonces comenzaran a juntarse en el Sindicato del Correo para hablar de la problemática de las fumigaciones. Actualmente cuenta con un número de integrantes activos que oscila entre las 10 y 15 personas y está formada en su mayoría por profesionales especializados en temáticas diversas: abogacía, medicina, ingeniería, docencia, antropología, producción apícola y ganadera y agronomía, entre otras.

Por su parte, la organización "Madres" surge en el año 2017 a raíz de que una integrante de la "Asamblea por la Vida" abandonó dicha organización para conformar junto a otras madres/vecinas que compartían la problemática de ver afectada su salud y la de sus familiares una nueva organización. Está conformada por alrededor de 15 mujeres residentes en su mayoría del barrio Villa Alicia. Casi todas sus integrantes tienen en común el hecho de que son madres y sus hijos han visto afectada su salud por el impacto de los productos químicos utilizados para la producción agroindustrial.

En este marco ambas organizaciones configuran un lenguaje común donde el territorio aparece como espacio de resistencia y también, como un lugar de resignificación y creación de nuevas relaciones sociales en el que se disputa la construcción de un determinado tipo de territorialidad que alude a la protección de los bienes

comunes como garantía de reproducción de la vida de las comunidades. A su vez, en ambas hallamos la presencia de objetivos en torno a los cuales se aúnan sus integrantes y constituyen el principio de identidad del grupo. Asimismo, corroboramos que se perfilan los rasgos de un enemigo común representado por el modelo de producción agroindustrial y encontramos presente un proyecto de sociedad que los contiene al plantear la necesidad de postular una forma de producción basada en la agroecología como alternativa al modelo de producción actual. Otra característica presente en ambas es el desarrollo de espacios de deliberación vinculados a la democracia directa ya que se nuclean por cuestiones de interés común a partir del cual deliberan la toma de decisiones en pos de los objetivos que las orientan, con una frecuencia periódica y desde la expresión horizontal de sus posiciones.

Con respecto a los objetivos que persiguen, ambas organizaciones cuestionan la sustentabilidad del modelo de producción agroindustrial y los impactos que genera en la salud y el ambiente. La organización "Madres" persigue objetivos que hacen énfasis en el derecho a la salud y el acceso a una atención integral a través de la denuncia acerca de cómo el modelo de producción agroindustrial deteriora la calidad de vida de las poblaciones evidenciando la relación entre los agrotóxicos y el perjuicio en la salud de las poblaciones expuestas.

Las patologías asociadas a la exposición de los agrotóxicos (abortos espontáneos, cánceres, trastornos hormonales, afecciones cutáneas, afecciones respiratorias y pulmonares, por nombrar algunas de las enfermedades mencionadas en las entrevistas) se complejizan ante las dificultades en el acceso a un abordaje integral de la salud en el que se conjugan la falta de un diagnóstico médico sobre sus afecciones y la desinformación o el ocultamiento de las causas que las originan. Con respecto a la falta de un diagnóstico certero mencionan algunas de las entrevistadas que los efectores de salud provinciales minimizan la responsabilidad de los agrotóxicos y presentan las enfermedades como responsabilidad individual, deshistorizando y fragmentando el proceso de salud-enfermedad y desconociendo la relación entre las problemáticas de los sujetos y el ambiente en el que se desenvuelven.

3. Disponible en: <https://laverdadonline.com/pergamino-contaminacion-agua-redujo-mitad-fumigaciones/>

4. En adelante el nombre de las organizaciones aparecerá abreviado como "Asamblea por la Vida" y "Madres" respectivamente para facilitar la lectura.

Mientras que, la “Asamblea por la Vida”, centra su atención en el derecho al trabajo en relación a la pérdida y expulsión de productores locales, la concentración de las cadenas de producción, el impacto en las economías regionales y la disminución de la agricultura familiar, teniendo como objetivo primordial constituirse en un nexo entre la sociedad, los productores locales y el Municipio.

Estrategias populares para la incidencia política

Los conflictos socio-ambientales comprenden toda disputa en torno al acceso, distribución y control de los bienes naturales, y en cuya gestión está en juego la forma en que una determinada comunidad se reproduce. La disponibilidad y control de dichos bienes influye en la vulneración en el acceso a derechos de determinados grupos de la sociedad. Por ello, en la situación problemática de dichas organizaciones observamos que se conjugan la vulneración de derechos humanos básicos para garantizar su desarrollo y el pleno ejercicio de sus derechos debido a: la precariedad de las condiciones de vida, la pérdida de estabilidad laboral producto del desplazamiento de los pequeños y medianos productores por los grandes terratenientes locales o empresas transnacionales, la inaccesibilidad al agua potable, el proceso de salud-enfermedad que atraviesan producto de los productos químicos utilizados en las pulverizaciones, la falta de acceso a una atención integral de la salud y la imposibilidad de ejercer su derecho a un ambiente sano. A partir del reconocimiento de la degradación ambiental y el riesgo sanitario, ambas organizaciones deciden implementar diversas “estrategias de incidencia política” (Uranga, 2014). Estas estrategias buscan, desde una perspectiva del derecho, incidir en el debate público con el fin de visibilizar y sensibilizar a la sociedad acerca de las desigualdades socio-ecológicas que los aquejan. Para investigar las “estrategias de incidencia política” implementadas por ambas organizaciones tomamos como ejes de análisis: la visibilización y sensibilización del tema, la instalación del tema en la agenda pública y la participación en la definición de políticas públicas.

Con respecto al primer nivel acción, visibilizar un tema significa que hay una problemática que tiene que ser abordada y que es necesario dar a conocer a la sociedad. Para Uranga (2014), los indicadores que refieren que una organización cuenta con capacidades organizacionales y comunicacionales en este nivel de incidencia

son: la existencia de que se cuenta con un mínimo de estructura, y que se dispone de información sobre un tema específico; la consulta a especialistas e informantes clave, el desarrollo de herramientas de relevamiento de información sobre el tema y la difusión de información sobre los temas que le preocupan.

En relación a ello, ambas organizaciones poseen capacidades organizacionales ya que cuentan con un mínimo de estructura (equipo, objetivos compartidos, encuentros periódicos, infraestructura, comunicación entre sus miembros), y disponen de información sobre la temática. A su vez, ambas cuentan con capacidades comunicacionales para visibilizar la problemática ya que elaboran herramientas de relevamiento de epidemiología ambiental comunitaria y consultan a especialistas e informantes claves de diversas disciplinas entre los que se encuentran científicos e ingenieros del INTA y abogados, médicos y profesionales de destacadas universidades nacionales.

Por otro lado, frente a un discurso consolidado y hegemónico en los medios de comunicación a nivel local y nacional que reivindica las prácticas agrícolas del modelo de los agronegocios, las dos organizaciones encuentran formas alternativas para la difusión de información con la intención de interpelar al resto de la población y ponerlos en conocimiento de la problemática. Ambas organizaciones tienen en común que, a través de sus respectivas páginas, difunden información producida por medios de comunicación local y otras organizaciones e investigaciones académicas nacionales e internacionales. Sin embargo, consideramos que existe una diferencia en cuanto al alcance de la información, la “Asamblea por la Vida” cuenta con mayores canales de divulgación local, ya que “Madres” está expuesta a cierto cercenamiento mediático producto de la presión de las empresas locales que amenazan con la quita de pauta publicitaria a dichos espacios. No obstante, “Madres” es la organización que ha logrado tener mayor llegada a los medios de televisión abierta de alcance nacional para dar a conocer la problemática a raíz de que una de sus integrantes forma parte como querellante en la causa penal por la calidad del agua potable.

Con respecto al nivel de sensibilización de la problemática para difundir y obtener un trabajo conjunto y multi-actoral, consideramos que este proceso pone en juego luchas simbólicas por el monopolio de la nominación legítima de los problemas públicos (Bourdieu, 1984). Siendo el Estado el lugar por excelencia de con-

centración y ejercicio del poder simbólico, el no reconocimiento de los discursos y las prácticas de las organizaciones socio-ambientales implica por parte del gobierno municipal la negación de la problemática en los términos por ellas manifestados y la consolidación de prácticas contrarias a los intereses de dichos actores sociales. Un ejemplo de ello se expresa en la forma de nombrar a los productos químicos utilizados en la producción agroindustrial a través de los cuales se expresan intereses sectoriales que construyen procesos de legitimidad simbólica en relación a la utilización o no de los plaguicidas. Consideramos que el Estado juega un papel ambiguo en la definición y, por lo tanto, la resolución que le va a otorgar a la problemática de las pulverizaciones con agrotóxicos debido a que el Estado tiene "autonomía relativa" en la medida en que funciona como arena de lucha entre intereses donde predominan los de los sectores dominantes. En este caso, consideramos que el Estado actúa alineándose según intereses o condiciones de posibilidad que muchas veces no siguen un patrón estable y que comprometen el derecho a la salud y al ambiente sano en los términos que comprenden las normativas nacionales vigentes.

Con la intención de analizar las estrategias que implementan para la sensibilización de la problemática establecemos como indicadores: la vinculación con actores en el territorio y el trabajo en red con actores con fines movilizatorios, el reconocimiento y la adhesión por parte de otros actores como referente sobre el tema de interés y el desarrollo de la capacidad crítica frente a las iniciativas sobre el tema y las propuestas de políticas públicas.

En relación a ello observamos que, si bien ambas organizaciones articulan con actores territoriales, la "Asamblea por la Vida" presenta mayor diversificación y cantidad de interactuantes al momento de tejer líneas de acción en equipo y trabajo en red. Los integrantes de dicha organización refieren, por ejemplo, a su trabajo en coordinación con la Universidad Nacional del Noroeste (UNNOBA) con la Cátedra Libre de Soberanía Alimentaria y sus intenciones de conformar un trabajo en red con distintos productores locales que quieran iniciar la transición hacia una producción agroecológica. Mientras que la organización "Madres" cuenta con cierto recelo respecto de las estructuras político-partidarias debido al descreimiento que tienen de los políticos locales por su convivencia con el modelo de producción hegemónico, lo que dificulta en mayor medida el tejido de redes con otros actores territoriales locales. Por ello, a diferencia

de "Madres", la "Asamblea por la Vida" cuenta con el reconocimiento crucial del Municipio como referentes de la temática, lo que permite que sus miembros sean invitados a participar en instancias de diálogo municipal y debate con otros actores intervinientes. Este reconocimiento cobra especial significancia considerando que, siguiendo a Bourdieu (2015), el Estado tiene un papel destacado en la producción-reproducción simbólica del orden social.

Si reparamos en la intención movilizadora, ambas organizaciones consideran a las movilizaciones como instancias de difusión y sensibilización, sin embargo, percibimos que mientras la "Asamblea por la Vida" considera que es una etapa constitutiva del pasado, la organización "Madres" la considera una herramienta crucial en la actualidad. Ambas organizaciones combinan como mecanismos de legitimación de sus demandas la acción directa y disruptiva con la acción institucional. Entre sus "repertorios de acción colectiva" (Tilly, 2002) están presentes como recursos de acción directa las marchas y movilizaciones en el caso puntual de "Madres" y en ambos casos, las demandas institucionales, como la presentación de peticiones para la derogación y anulación de leyes provinciales y la formulación de Proyectos de Ley.

Construcción de la agenda pública local

Son innumerables las demandas que, en busca de una resolución, pretenden interpelar a un gobierno. Sin embargo, no todos los conflictos logran llamar la atención gubernamental e integrar su agenda política. Para autores como Villanueva (1993), la formación de la agenda es el proceso a través del cual problemas y cuestiones llegan a llamar la atención seria y activa del gobierno como asuntos posibles de política pública. El factor que incide con mayor fuerza en su configuración son los actores sociales que intervienen en el proceso y las relaciones de fuerza que han tejido entre ellos y el gobierno. Autores como Cobb y Elder (1993) distinguen analíticamente dos tipos de agenda: por un lado, la agenda "sistémica" o "pública" integrada por todas las cuestiones que los integrantes de una comunidad perciben como merecedoras de intervención estatal y, por otro lado, la agenda "institucional" o "gubernamental" definida como los asuntos explícitamente aceptados por los organismos gubernamentales en cualquiera de sus niveles jurisdiccionales. Muchos asuntos pueden haber alcanzado visibilidad o interés en una comunidad política y, sin

embargo, no logran llegar a ser objeto de consideración seria y activa de los organismos públicos.

En relación a este nivel de análisis, nos proponemos analizar cómo los actores instalan la problemática en la agenda pública a través de acciones y campañas para influir en los procesos de decisión tanto de la órbita gubernamental como de la sociedad civil.

A partir de lo mencionado en las entrevistas consideramos que en el caso de “Madres”, las acciones y campañas que tienen la intencionalidad de influir y ejercer algún tipo de presión en los decisores de políticas públicas, serían las movilizaciones y la convocatoria a los medios de comunicación. La misma intencionalidad se observa en el caso de “Asamblea por la Vida”, a pesar de que actualmente dejaron de utilizar la movilización como recurso. Por otro lado, las “mesas de diálogo” realizadas desde el Municipio y donde participan la “Asamblea por la Vida” y diversos sectores del agro también tienen la finalidad manifiesta de influir o intentar hacerlo.

Respecto al vínculo con los organismos elaboradores de políticas públicas, la “Asamblea por la Vida” adopta una postura crítica-constructiva, prudente pero abierta al diálogo, con el fin de que sus opiniones sean tenidas en cuenta en el diseño de las políticas públicas que atañen a Pergamino. Lo contrario sucede con “Madres” que motivadas por una concepción negativa de la política-partidaria prefieren evitar mesas de diálogo con todo aquel que revista el atributo de “político”, lo que las mantiene al margen de la posibilidad de influir en la implementación de las políticas públicas.

A raíz de lo expuesto consideramos que tanto la “Asamblea por la Vida” como “Madres” lograron instalar en la agenda pública la problemática y constituir la como merecedora de la atención pública por ser competencia del Estado revertir las desigualdades socio-ecológicas a las que se enfrentan en el marco de garantizar el pleno ejercicio de sus derechos. Una vez que la problemática logra difundirse entre los integrantes de la comunidad política cuenta con mayores posibilidades para ejercer una presión masiva sobre el gobierno y exigir que se implementen las políticas pertinentes en pos de su resolución.

Sin embargo, consideramos que “Madres” presenta dificultades para instalar la problemática en la agenda gubernamental y lograr que los legisladores o integrantes de la comunidad política local reconozcan sus in-

cumbencias en la resolución de la problemática debido a, por un lado, su rechazo a negociar con las autoridades locales y, por otro, la negativa de los funcionarios a dialogar con una organización que por su forma de proceder es considerada más radical y menos propicia a realizar concesiones. Mientras que, la “Asamblea por la Vida”, al participar en instancias de debate y mesas de negociación con los integrantes de dicha comunidad política local cuenta con mayores posibilidades de instalar sus reivindicaciones en la agenda gubernamental. No obstante, con respecto a la Justicia, notamos que ésta sí interviene al estar en juego los derechos colectivos, contribuyendo a que la problemática -entendida en relación al acceso, conservación, apropiación, distribución y control de los bienes considerados comunes- se instale efectivamente en la agenda de gobierno.

Participación en la definición de políticas públicas

Retomando lo aportado por Aguilar Villanueva (1993), la política pública emerge como una tarea colectiva que incorpora conjunta y corresponsablemente la iniciativa social con la gubernamental, ello implica pensar la política como producto de la disputa entre actores sociales diversos. Para analizar la participación de los actores en la definición de las políticas públicas tomamos como indicadores: la participación en espacios de consulta y debate para la toma de decisiones en torno a las políticas públicas y la elaboración de proyectos de ley.

En relación a la participación en instancias de debate, nos parece pertinente hacer una distinción ya que es notorio que desde el Municipio hay una apertura con respecto a invitar a participar en instancias de debate y consulta a los integrantes de la “Asamblea por la Vida”, mientras que hay una fuerte intencionalidad de cercenar la voz de las integrantes de “Madres”. Consideramos que esta diferenciación puede estar relacionada con la disposición de los integrantes de la “Asamblea por la Vida” a abrir el diálogo, mientras que desde “Madres” hay una concepción de la problemática más radical en la que consideran que no hay puntos intermedios entre los que atentan contra la vida de la población y los intereses que ellas defienden.

Con respecto a la elaboración de proyectos de ley en relación a la problemática, como aporta Merlinsky (2013), la elaboración de propuestas de regulaciones y leyes que resguarden derechos implican una puesta en debate de

diversos saberes específicos sobre legislación, salud pública, medio ambiente y ordenamiento territorial y, al mismo tiempo, constituyen una crítica al ejercicio de los legisladores por estar más abocados a las agendas de los gobiernos y las empresas que a los reclamos de la ciudadanía en general. Ambas organizaciones elaboran proyectos de ley en relación a la problemática, una de las primeras iniciativas fue la elaboración de Proyectos de Ordenanza para presentar frente al Consejo Deliberante con la intención de establecer distancias de restricción del uso de agrotóxicos y plaguicidas en áreas cercanas a las zonas pobladas. Otros ejemplos son el proyecto municipal de Fomento a la Producción Agroecológica y la ley de Emergencia Sanitaria.

Asimismo, ambas organizaciones forman parte de la elaboración del Plan Nacional de Reducción del Uso de Agrotóxicos, el cual fue formulado en conjunto con profesionales de diversas disciplinas e integrantes de organizaciones sociales, y tiene por finalidad reconvertir la producción de nuestro país hacia una agricultura libre de la aplicación de estos productos buscando reducir gradualmente el daño que provoca en las poblaciones que se encuentran expuestas.

Consideraciones finales

El modelo de producción agroindustrial sustentado en la expansión del monocultivo de soja transgénica generó la emergencia de actores colectivos diversos que a lo largo del país se organizan contra el impacto sanitario, ambiental, social y económico de dicho modelo productivo. En el caso de Pergamino, desde el 2013 hasta la actualidad son vastas las "estrategias de incidencia política" que implementan ambas organizaciones que forman parte de la conflictividad socio-ambiental local para tratar de interpelar a la sociedad civil y los organismos públicos.

Las dimensiones que adquiere la problemática varían en función de las organizaciones. La "Asamblea por la Vida" hace énfasis en el impacto en la matriz socio-productiva y el derecho al trabajo, mientras que "Madres" lo hace en relación al derecho a la salud, la atención médica integral y un diagnóstico acorde a la problemática. Aun así, ambas organizaciones tienen una identidad común que nuclea a sus integrantes en base a la construcción de un adversario claramente delimitado y un proyecto alternativo de sociedad que las contiene.

A su vez, comparten el desarrollo de espacios de deliberación vinculados a la democracia directa y la implementación de estrategias de incidencia política que comprenden acciones disruptivas y no convencionales, como las movilizaciones, y acciones de carácter institucional, como la elaboración de proyectos de ley y la participación en mesas de diálogo con los responsables de la órbita gubernamental. A través del desarrollo de dichas "estrategias de incidencia política", ambas organizaciones lograron instalar en la agenda pública la problemática al constituir la como merecedora de la intervención estatal por ser competencia del Estado revertir las desigualdades socio-ecológicas producidas por el modelo de producción agroindustrial.

Con respecto a la conformación de la agenda de gobierno, concluimos que "Madres" presenta mayores dificultades para dar el salto hacia la esfera de la agenda gubernamental en un doble sentido: por un lado, a raíz de su rechazo a negociar con las autoridades locales y por otro, por una negativa de los funcionarios a dialogar con una organización que por su forma de proceder es considerada más radical. Mientras que la "Asamblea por la Vida" al participar en instancias de debate y mesas de negociación con los integrantes de dicha comunidad política local cuenta con mayores posibilidades de instalar sus reivindicaciones en la agenda de gobierno.

No obstante, ambas organizaciones utilizan la esfera judicial como herramienta estratégica para activar el accionar gubernamental a su favor. Así lo hicieron a través de la causa judicial por la calidad del agua potable, como también para dar curso a los Proyectos de Ordenanza que limiten la exposición a los agrotóxicos. Para lograrlo, la organización colectiva y sus estrategias implementadas jugaron un papel fundamental, constituyéndose en un mecanismo de referencia y lucha para los pueblos fumigados a nivel nacional.

Por último, nos parece pertinente para cerrar el artículo expresar el compromiso de colocar a la ciencia y en particular, la profesión, al servicio de los sectores que presentan mayor vulnerabilidad socio-económica, tratando de promover intervenciones que aborden la problemática socio-ambiental en su complejidad, buscando efectivizar el ejercicio del derecho al Ambiente Sano del conjunto de la población y propiciando instancias donde se recupere la voz de dichos sujetos y se revaloricen sus saberes en pos de la construcción de políticas públicas participativas que respondan a las necesidades de las mayorías.

Bibliografía

- Bourdieu, P. (1984) *Homo academicus*. Ed. Minuit, París.
- Bourdieu, P. (2015) *Sobre el Estado. Cursos en el College France 1989-1992*. Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Cobb y Elder (1993) *Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos*. En: Villanueva Aguilar, Luis. Problemas públicos y agenda de gobierno. Colección Antologías de Política Pública, Tercera antología, México.
- Giarraca, N. (2007) *La tragedia del desarrollo. Disputas por los recursos naturales en Argentina*. Revista Sociedad, Vol. 3, Buenos Aires.
- Gómez Lende, S. (2015) *El modelo sojero en la Argentina (1996-2014), un caso de acumulación por desposesión*. En: Mercator - Revista de Geografía, vol. 14, N° 3, 2015: pp. 7-25.
- Gómez Lende, S. (2017) *Usos del territorio, acumulación por desposesión y derecho a la salud en la Argentina contemporánea: el caso de la soja transgénica*. En: Geographia, Fluminense, vol. 19, 2017, pp. 3-15.
- Gudynas, E. (2011) *El nuevo extractivismo progresista en América del Sur. Tesis sobre un viejo problema bajo nuevas expresiones*. En: Colonialismos del Siglo XXI. Negocios extractivos y defensa del territorio en América Latina, Barcelona, VVAA, junio del 2011: p. 75-92.
- Harvey, D. (2004) *El nuevo imperialismo*. Ed. Akal, Madrid.
- Merlinsky, G. (2013) *Introducción. La cuestión ambiental en la agenda pública*. En: Merlinsky, Gabriela (Comp). Cartografías del conflicto ambiental en Argentina. 1a ed. Fundación CICCUS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Svampa, M. (2012) *Consenso de los Commodities, Giro Ecoterritorial y Pensamiento crítico en América Latina*. En: Revista del Observatorio Social de América Latina, n° 32, Buenos Aires, 2012.
- Tilly, C. (2002) *Protesta social: repertorios y ciclos de la acción colectiva*. Ed. Hacer, Barcelona.
- Uranga, W. (2014) *Comunicación para la incidencia política: propuesta de matriz para analizar capacidades y habilidades comunicacionales de las organizaciones en la acción política*. En: XII Congreso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación, Perú, 2014, <http://congreso.pucp.edu.pe/alaic2014/wp-content/uploads/2014/11/GT8-Washington-Uranga.pdf>
- Villanueva Aguilar, L. (1993) *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Colección Antologías de Política Pública, Tercera antología, México.

Aportes a lo público desde la investigación



Aportes a lo público desde la investigación

El uso de las nuevas tecnologías, plataformas y dispositivos de comunicación en la dinámica de trabajos grupales de la asignatura Psicología Institucional. Cátedra Varela de la Carrera de Trabajo Social UBA.

Daniel Russo

**Proyecto de Investigación de Grado (P.I.G.)
2019-2020, carrera de Trabajo Social, UBA
Director: Prof. Daniel Russo**

Equipo de investigación: Cendon, Constanza;
Fredes, Stefani; Gago, Mara; Pernigotti, Lucas;
Recalde, Eliana; Stahl, Natalia.

Fecha de recepción: 14 de junio de 2021
Fecha de aceptación: 17 de junio de 2021
Correspondencia a: Daniel Russo
Correo electrónico: danielrusso@unla.edu.ar

Introducción

Este Proyecto de Investigación de Grado surgió de las inquietudes planteadas durante una cursada de Psicología Institucional, cátedra Varela, respecto del alcance que tenían el uso de plataformas colaborativas y redes sociales en la elaboración de los trabajos prácticos requeridos para aprobar la asignatura. La bibliografía que la cátedra tomaba como referencia teórica para pensar los fenómenos de conformación y dinámica grupal no contemplaba las modalidades de vinculación posibles

a partir del trabajo colaborativo a distancia. Intuíamos que los fenómenos de afiliación y pertenencia grupal, como las posibles interacciones que se producen a través de medios digitales, debían desarrollarse por canales distintos a los que permite el contacto directo de la presencialidad.

Desafortunadamente, la crisis desatada por la pandemia de COVID-19 llevó nuestro objeto de estudio a su máxima expresión. Cuando presentamos la propuesta en 2019 no imaginábamos que los decretos de Aisla-

miento y Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO y DISPO) reconfigurarían el escenario de producción de los trabajos prácticos al extremo que lo hicieron. La conexión virtual dejaba de ser una vía para costurar los acuerdos y avances planteados en los encuentros presenciales, para constituirse en la única vía posible para la elaboración.

Objetivos de investigación y metodologías de estudio

Para llevar adelante la investigación nos propusimos como objetivo general analizar la dinámica de trabajo grupal de les estudiantes de la asignatura Psicología Institucional -cátedra Varela-, en la elaboración de sus trabajos prácticos a través del uso de redes sociales y plataformas colaborativas.

Los objetivos específicos se centraron en explorar y analizar los procesos de producción de los trabajos prácticos solicitados desde la asignatura, y estudiar el impacto del uso de las tecnologías, plataformas y dispositivos de comunicación interpersonal en el proceso grupal ante el trabajo.

Con el fin de conocer qué plataformas y redes usaron quienes cursaron la asignatura en el primer cuatrimestre de 2020, diseñamos y administramos una encuesta. Este instrumento constó de 17 preguntas que permitieron identificar las particularidades del uso de las herramientas virtuales, tanto para el fin previsto por la asignatura como por fuera del ámbito académico. En la encuesta indagamos sobre la cantidad de asignaturas en las que se habían inscripto y si habían logrado completar la totalidad de esas cursadas. También preguntamos sobre los dispositivos usados para conectarse con las clases sincrónicas y con el material de estudio provisto por las cátedras. Asimismo, relevamos el uso de redes sociales y plataformas colaborativas en el ámbito académico y por fuera de éste. Por último, pedimos a nuestros encuestados que valorasen la experiencia de cursar de manera virtual y que señalasen las dificultades del proceso. Del total de 135 estudiantes que cursaron la asignatura, pudimos sistematizar las respuestas dadas de los 53 que completaron el cuestionario.

Una vez sistematizada esa información y elaborada nuestra malla de referencias teóricas, avanzamos en la construcción de una matriz que nos permitió identificar los conceptos ordenadores básicos y las dimensiones de

los fenómenos estudiados. A partir de esa matriz identificamos las variables y los indicadores que dieron lugar a una guía de preguntas tentativas.

Realizamos 30 entrevistas semiestructuradas individuales, a través de videollamadas. En éstas nos propusimos conocer la experiencia singular de producción del TP realizado de manera exclusiva a través del uso de redes y plataformas. Si bien esas herramientas digitales ya tenían un uso frecuente en los últimos años, la particularidad del distanciamiento con propósito sanitario hizo que fuesen la única fuente de interacción posible.

Nuestra malla teórica y las primeras intelecciones

Para la construcción de nuestra malla teórica trabajamos con dos grandes núcleos organizadores. El primero, relacionado con el concepto de grupo y de dinámica grupal en diversas tradiciones. Nuevos esfuerzos iniciales estuvieron volcados a sistematizar cómo se ha definido el fenómeno grupal desde el psicoanálisis, el interaccionismo simbólico, el análisis institucional y la psicología social argentina. El segundo núcleo teórico estuvo centrado en estudiar los efectos psicosociales del uso de redes y plataformas colaborativas, desde la perspectiva de los estudios provenientes del campo de las ciencias de la comunicación, la psicología y las ciencias de la educación.

Al momento de escribir esta reseña, nos encontramos en la fase final del proceso de análisis de las entrevistas. Una primera lectura de aproximación nos permite identificar que la comunicación a través de estos medios digitales posibilita conductas que no tienen la misma consistencia en las dinámicas de trabajo grupal presencial. Entre las múltiples manifestaciones, destacamos el fenómeno de suspensión colaborativa ("ghosting o ghosteo"), como una de las acciones más llamativas y recurrentes. También rescatamos cómo la virtualidad genera un aumento de la demanda de "estar disponible" ya sea en lo laboral o respecto a las tareas relacionadas con la cursada.

También comenzamos a pensar nuestra indagación a través del concepto de *enjambre digital* del filósofo coreano Byung-Chul Han, quien centra su lectura en los medios digitales como generadores de distanciamiento y aislamiento que obstruyen la fuerza de acción de los colectivos. Si bien en los casos que estamos analizando la virtualidad es más un requerimiento obligatorio del

contexto antes que una opción, nos pareció interesante tomar al autor para ver cómo sus ideas se veían reflejadas en las experiencias de quienes entrevistamos. A partir de sus desarrollos conceptuales analizamos cómo la virtualidad influye como forma singular de contacto, cómo se afecta la comunicación no verbal cuando se piensa en el armado del trabajo práctico, pero también en los vínculos que este proceso implica.

Entendemos que la duración de la pandemia ha transformado la vivencia inicial de limitación que experimentamos cuando hicimos nuestro trabajo de campo. Sin embargo, percibimos que ciertas prácticas se han naturalizado, lo que nos lleva a preguntarnos si algunas de nuestras conclusiones iniciales, vinculadas al carácter transitorio de esta situación, se constelarán como formas de grupalidad estables en el tiempo.

Bibliografía

- Bartlett-Bragg, A. (2006). *Reflections on pedagogy: reframing practice to foster informal learning with social software*. (Recuperado de <http://www.dream.sdu.dk/uploads/les/Anne%20Bartlett-Bragg.pdf>)
- Bauman, S. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Castells, M. (2006). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. La Sociedad red. Vol. 1*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Cabero Almenara, J; Barroso Osuna, J; Llorente Cejudo, M del C; Yanes Cabrera; C. (2016). Redes sociales y Tecnologías de la Información y la Comunicación en *Educación: aprendizaje colaborativo, diferencias de género, edad y preferencias*. RED. Revista de Educación a Distancia. Núm. 1. Artic.
- Cabero Almenara J, Marín Díaz V. (2013). Percepciones de los estudiantes universitarios latinoamericanos sobre las redes sociales el trabajo en grupo, RUSC. España.
- Garrison, D. R., Anderson, T. (2005). *El e-learning en el siglo xxi*. Barcelona: Octaedro.
- González Fernández S, Zayas A., Guil R. (2015). Relaciones personales en la sociedad de las redes sociales virtuales. *RESED*. España.
- Han, B.C. (2014). *En el enjambre*. Barcelona: Herder Editorial.
- Hara, N.; Bonk, C. J.; Angeli, C. (2000). Content analysis of online discussion in an applied educational psychology. *Instructional Science*. Vol. 28, págs. 115-152.
- Kaminsky, Gregorio y Varela, Cristián (2001). *Grupo objeto y grupo sujeto*. Laboratorio de Análisis Institucional, Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Kesselman, H. (1977). El misterio de la dinámica Grupal. *Revista Clínica y Análisis Grupal*, N° 5, Madrid.
- Kesselman, H., Pavlovsky, E. y L. Frydlewsky (1981). *Las escenas temidas del coordinador de grupos*. Buenos Aires: Editorial Fundamentos.
- Llorens Cerdà, F. y Capdeferro Planas, N. (2011). Posibilidades de la plataforma Facebook para el aprendizaje colaborativo en línea. *RUSC. Universities and Knowledge Society Journal*, vol. 8, núm. 2, julio-enero, 2011, pp. 31-45 Universitat Oberta de Catalunya Barcelona, España.
- Lee, M. y Mcloughlin, C. (2008). Harnessing the affordances of Web 2.0 and social software tools: can we naturally make "student-centered" learning a reality? World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia and Telecommunications. Vienna: Austria.
- Mead, G. (1982). *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Muñoz, E. (2012). La necesidad: modelo ontológico en la teoría de Pichón Riviére. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 9(3), noviembre, 2012, 40-43, Universidad Nacional de Mar del Plata Mar del Plata, Argentina.
- Pavlovsky, E. et. al. (1986). *Lo grupal 3*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.
- Pavlovsky, E. (1999). *Micropolítica de la resistencia*. Buenos Aires: Eudeba.
- Percia, M. (1997). *Notas para pensar lo grupal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Pichón Riviére, E. (2011). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva visión.
- (1985). *El Proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (1)*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Pichón Riviére, E. & Pampliega de Quiroga, A. (1985). *Psicología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Premsky, M. (2010). *Nativos e inmigrantes digitales*. Cuadernos SEK 2.0. Institución Educativa SEK.

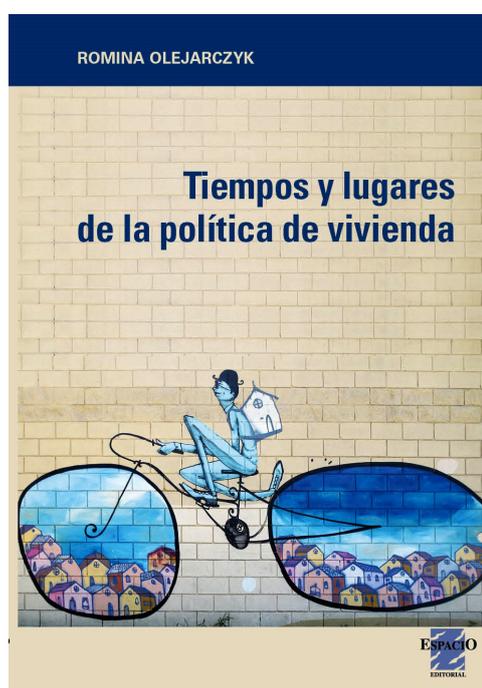
Reseñas |



Reseñas

Tiempos y lugares de la política de vivienda.

Romina Olejarczyk



Reseña a cargo de:

Inés López Olaciregui^a
Regina Ruete^b
Belén Demoy^c

Lugar y fecha
de publicación:

Argentina - marzo 2021

Editorial:

ESPACIO.
ISBN 978-950-802-446-6

a. (Asociación civil INSITU/Magíster en Diseño y gestión de programas sociales)
b. (Asociación civil INSITU - UBA/Diplomatura Superior en Conflictos Ambientales y Planificación Participativa/Diplomatura en International Postgraduate Training Programme on Environmental Management for Developing and Emerging Countries)
c. (Asociación civil INSITU - UNPAZ - IIGG /Lic. en Trabajo Social)
contacto@insitu.ar

Una investigación de trinchera

Nos dimos cita en La Giralda, un tradicional café porteño cerca de nuestro lugar de trabajo. Habíamos leído su tesis de maestría en la que investigó, a partir de su propia experiencia laboral, la política de entrega de viviendas en un municipio. Leer su investigación supuso ponerle palabras a lo que nosotras estábamos transitando como trabajadoras estatales de un organismo público encargado de relocalizar población de villas y asentamientos a complejos de vivienda social. Con aquel encuentro queríamos acceder a la trastienda de su experiencia y atravesar su análisis para comprender mejor nuestro trabajo. La etnografía de Romina Olejarczyk —que continuó en una tesis doctoral y se condensó luego en el libro *Tiempos y lugares de la política de vivienda*— nos abrió un mundo de reflexión, análisis y creación con impacto en nuestra propia gestión de los procesos de relocalización.

La pregunta que guía su investigación es la siguiente: ¿cómo se producen, significan, articulan y disputan, desde la perspectiva de los actores que interactúan cotidianamente en su implementación, los tiempos, espacios y lugares de la política pública de construcción de vivienda social? (Olejarczyk, 2020, 16). Mediante una rigurosa metodología, la autora repone las voces de las personas que intervienen en la ejecución de las políticas de vivienda en el barrio 7 de mayo de Avellaneda. En un gesto por recuperar la lucha de vecinos de un barrio que solo persistiría en la memoria de quienes por allí pasaron, escoge un territorio que pasaría inadvertido ante la mirada estudiosa de las grandes escalas: 31 viviendas en el municipio que es “una máquina de hacer proyectos” (Olejarczyk, 2020, 14). Sin embargo, demuestra la amplia distancia que existe entre el hábitat construido y los modos de habitar de sus habitantes (Olejarczyk, 2020, 228), logrando que el caso escogido revele las tensiones que emergen en cualquier política de construcción de viviendas.

Con una observación aguda, acompañada de sensibilidad, Romina penetra en lo profundo de los lugares y tiempos en los que se juega nada menos que el destino habitacional de los habitantes de aquel barrio popular. El territorio que otrora la conoció como trabajadora de base de la Dirección de Hábitat Social, ahora la sabe investigadora de las políticas habitacionales de las que ella misma fue parte. Por ello se enfrenta al desafío de investigar el contexto cercano (Lins Ribeiro, 1989) que supone la tarea de descotidianizar lo próximo. La ardua acción de reflexionar sobre prácticas propias es llevada adelante con soltura y tenacidad a lo largo del libro.

El principal hallazgo de esta investigación ha sido el singular esquema de organización temporal y espacial que establecía las prioridades de ejecución de esta política pública en estrecha vinculación con los tiempos de la construcción de las viviendas. Este esquema se compone de: el tiempo de la definición, el tiempo de la espera, el tiempo de la mudanza y el tiempo del habitar. La cronología básica del antes, durante y después de todo proceso de relocalización de población es complejizada a la luz de este estudio. Allí donde los tiempos son definidos desde arriba observamos que la autora les pone nombre desde abajo: quienes luchan por ser definidos como adjudicatarios, quienes esperan la construcción de las viviendas, quienes se mudan y quienes habitan en un nuevo entorno son los vecinos de un barrio popular del conurbano peleando por hacer efectivo su derecho a una vivienda. En este gesto enunciativo vemos materializar la vinculación entre actores que forman parte de esta trama.

A partir de allí se despliegan una serie de tensiones que transcurren también en distintos espacios. Viviendas diseñadas desde el escritorio por profesionales con saberes expertos pero desprovistos de información acerca de los deseos y necesidades de quienes irían a residir en ellas. Viviendas que se construyen en los espacios vacantes de un municipio, allí donde las autoridades “ponen el dedo” (Olejarczyk, 2020, 122) por alguna razón. Viviendas precarias, construidas con esfuerzo, de las que se quiere huir para vivir mejor pero que dolerá dejar. Viviendas nuevas a las que llegar para desplegar un nuevo habitar. Entre las tensiones de los espacios concebidos (Giddens, 1994) y los espacios vividos (Lefebvre, [1974] 2013) la autora se detiene en la configuración del espacio precario (Olejarczyk, 2020, 268), cuyo sentido se disputa entre trabajadores de base y solicitantes para la adjudicación de la vivienda nueva.

La pieza clave que atraviesa la etnografía de este libro radica en los trabajadores de trinchera. Profesionales del campo de las ciencias humanas y sociales que encarnan la cara visible del Estado en territorio, que implementan las decisiones de funcionarios, que reciben las demandas de los vecinos. Romina analiza crítica pero amorosamente este rol, sin reproches ni heroísmo. Jerarquiza su función porque supo reconocer los sinsabores de esta tarea, pero también por la potencia e incidencia que tiene en las políticas de entrega de vivienda. De trabajadora de base a investigadora de trinchera (¿será que la trinchera es un modo de subjetivarse?) Romina nos ofrece un espejo que nos devuelve una imagen ordenadora, un

mapa y un lenguaje para orientar las ideas y las prácticas de quienes formamos parte del entramado cotidiano de la implementación de políticas habitacionales.

Tiempos y lugares de la política de vivienda es un compendio sobre las tensiones y las complejidades de este tipo de intervención estatal, y las abarca de un modo novedoso y singularmente interesante. Además de una investigación profusa sobre las políticas habitacionales, el libro resulta una excelente lente para analizar la intervención del Estado desde ópticas no tan obvias.

En síntesis, podemos atestiguar el profundo valor de una etnografía que nos abrió la posibilidad de menguar la desolación que con frecuencia invade al cuerpo en estos procesos. De la mano de Romina nos preguntamos una y otra vez, y no sin incomodidad: ¿qué margen de actuación ofrece la trinchera? ¿Cómo incorporamos el habitar de las personas en los procesos de entrega de vivienda? ¿Cómo conciliamos los espacios concebidos con los espacios vividos? ¿Cómo logramos acompasar los modos de vivir con los diversos tiempos que se articulan en estos procesos? Esta investigación de trinchera nos invita a reflexionar y multiplicar los puntos de vista.

Bibliografía

Giddens, A. (1994). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid. Editorial Alianza.

Lefebvre, ([1974] 2013). *La producción del espacio*. Martínez Gutiérrez, E. (introducción y traducción). Madrid. Colección Entrelíneas. Capitán Swing Libros.

Lins Ribeiro, G. (1989). "Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica". En, *Cuadernos de Antropología Social*, 1 (2). (pp. 65-69).

Olejarczyk, R. (2020). *Tiempos y lugares de la política de vivienda*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Espacio Editorial.