RIDAA
Repositorio Institucional
Digital de Acceso Abierto de la
Universidad Nacional de Quilmes

Universidad
Nacional
de Quilmes

Arce, Liliana

La construcción social de la salud y el cuidado en las madres y médicos de unidades asistenciales. Un análisis a partir de la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en el Municipio de Quilmes, 2009-2015. ...

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:
Arce, L. (2019). La construcción social de la salud y el cuidado en las madres y médicos de unidades asistenciales. Un análisis a partir de la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en el Municipio de Quilmes, 2009-2015. (Trabajo final integrador). Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes,. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/965

Puede encontrar éste y otros documentos en: https://ridaa.unq.edu.ar

Universidad Nacional de Quilmes
Roque Sáenz Peña 352 // Bernal
Buenos Aires // Argentina
t.: (+41 11) 4365 7100
f.: (+54 11) 4365 7101
info@unq.edu.ar

Arce, Liliana, Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto,
diciembre de 2017, pp. 62,
http://ridaa.unq.edu.ar,
Universidad Nacional de Quilmes, Secretaría de Posgrado,
Especialización en Ciencias Sociales y Humanidades

La construcción social de la salud y el cuidado en las madres y médicos de unidades asistenciales. Un análisis a partir de la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en el Municipio de Quilmes. 2009-2015.

Trabajo final integrador

Liliana Arce

liliana.arce@gmail.com

Resumen

El presente trabajo se propone abordar las disputas y tensiones en torno a las representaciones y prácticas relacionadas con el campo de la Salud y el Cuidado construidas por dos sujetos sociales centrales en el entramado social sobre el cual se desarrolla la política social Asignación Universal por Hijo para la Protección Social. Los sujetos a los que hacemos referencia son las madres de los beneficiarios y los profesionales de la salud (especialmente los médicos) que se desempeñan en las unidades sanitarias, en las cuales se realiza la certificación que permite cumplir con uno de los requisitos que establece la política social para hacerse efectiva.

Los sujetos sociales expresan, a través de sus prácticas cotidianas, modos diversos de construir su relación con la realidad. Entre las distintas dimensiones que conforman esta relación, la vinculada con los aspectos relativos a la salud y el cuidado es central para analizar el alcance de la política social que abordaremos en este trabajo. En esas prácticas es posible observar un campo de disputas, conflictos y tensiones, que tienden a complejizarse cuando los sujetos que participan en dicho campo poseen trayectorias y experiencias de vida notablemente desiguales.

Para avanzar en el análisis, consideraremos los aportes teóricos producidos por la Teoría de las Representaciones Sociales que nos permitirá abordar de un modo novedoso a las prácticas asociadas a la salud y el cuidado que se construyen y re construyen a partir de esta nueva política social que impone determinadas pautas consideradas en este trabajo.

El abordaje propuesto plantea explorar el modo en que los sujetos definen una forma particular de construir sus prácticas de salud y cuidado en su cotidianeidad, en el contexto de la implementación de una política que los interpela desde el paradigma de la salud

formal. Para ello, revisaremos el repertorio de los dichos y prácticas para analizar ¿cómo se ha modificado el concepto durante las últimas décadas, y en especial en el período de implementación de la Asignación Universal por Hijo? Y ¿cuáles han sido las tensiones entre las políticas y la construcción social del cuidado en el campo de la salud?

Director: Dr. Guillermo De Martinelli

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

“El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.”

Artículo 2º de la Declaración de los Derechos del Niños aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

INDICE

Agradecimientos.	5
Introducción.	5
Capítulo I: Definiciones y antecedentes en torno al campo de la salud, la infancia y las políticas públicas.	8
1.1. Aproximaciones al campo de la salud y el cuidado: Percepciones y Prácticas formales.	8
1.2. Tensiones, disputas y negociaciones en relación a la salud formal y no formal.	13
1.3. Definiciones en relación al concepto de cuidado y las prácticas cotidianas.	15
1.4. El escenario político y las respuestas del Estado a la cuestión social: nuevas manifestaciones de las políticas sociales dirigidas a la infancia.	17
1.5. El paradigma de la universalidad de los derechos: El caso de la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social.	21
1.6. Universalidad de los derechos (como cambio de paradigma).	25
Capitulo II: Abordaje teórico, estratégico y metodológico para el análisis de tensiones, disputas y negociaciones en relación a la implementación de la AUPHPS.	27
2.1. Representaciones Sociales y Prácticas en el campo de la Salud y el Cuidado	27
2.2. Participación y construcción social en el territorio: re significación de los sujetos sociales.	29
2.3. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social: construcción e identificación de los sujetos sociales incluidos en la política pública.	31
2.4. Una descripción sobre el territorio donde se inscribe la investigación	33
2.5. Estrategia metodológica para el análisis de las percepciones y prácticas de la salud y el cuidado.	41
Capitulo III: Las voces del territorio. Del lado de acá, del lado de allá y de ambos lados.	44
3.1. Encuentro de saberes. Las madres y los profesionales de la salud en relación a las prácticas formales y no formales.	44
Conclusiones	52
Referencias Bibliográficas	56
Anexo	60

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

Agradecimientos

Fue un largo trayecto, con idas, vueltas y paradas incluidas. Cada texto, cada artículo que llegaba a mis manos por distintos medios, despertaban nuevas incógnitas, nuevos desafíos que contribuían a alimentar y a replantear la construcción del presente trabajo. Muchas gracias a los sujetos sociales, a los sujetos de derecho, a las madres de los beneficiarios y también a los profesionales de la salud inmersos en el tema de estudio, con sus aportes, con sus voces, contribuyeron a enriquecer, a problematizar, a cuestionar, a derribar prejuicios y a ampliar la mirada sobre la temática que se abordó. Agradezco también a la Universidad Nacional de Quilmes, por brindar espacios de crecimiento profesional y académico.

Y un agradecimiento especial al Dr. Guillermo de Martinelli, quien me ha guiado, estimulado, asesorado y acompañado en cada paso de este trabajo.

Y también a mi familia, por respetar los tiempos y la dedicación invertidos en este trabajo.

Introducción[1]: En las últimas décadas, el campo de la salud ha asumido un lugar relevante dentro de los estudios sociales[2], manifestándose en una amplia y diversa cantidad de encuentros, jornadas y actividades académicas que condensan producciones bibliográficas sobre estos problemas[3]. Las configuraciones que adopta este espacio de estudios son el resultado de la interacción entre la Sociedad Civil y el Estado[4] con la

[1] Este trabajo retoma las principales interrogantes que se han planteado en los distintos proyectos de investigación y extensión radicados en la UNQ de los que he formado parte, tanto en carácter de becaria, investigadora y Directora durante el período 2007 – 2017.

[2] Acuña, C. H; Kessler, G.; Repetto, F. (2009), Biernat, C.; Cerdá, J.M.; Ramacciotti, K. (2016), Pantaleón, J. (2005), Madariaga, A. (2009), Biernat, C., Ramacciotti, K. (2014) Svampa, M. (2009).

[3] Al respecto se pueden mencionar las Jornadas de Salud Comunitaria (UNAJ, 2015), Jornadas de Salud (UNLP,2015), Jornadas Internacionales de Salud Pública (UNC, 2015), Jornadas de Integración en Salud -Organizada por el Ministerio de Salud de la Nación con la participación de las universidades nacionales de Buenos Aires (UBA), Corrientes (UNNE), Rosario (UNR), Comahue (UNCOMA), Tucumán (UNT), Mendoza (UNCU), Bahía Blanca (UNS), La Matanza (UNLAM), Entre Ríos (UNER), Arturo Jauretche (UNAJ), La Plata (UNLP), La Rioja (UNLAR), Litoral (UNL), Universidad Nacional del Centro (UNICEN) y Córdoba (UNC).

[4] Cuando hablamos del Estado, hacemos referencia a un actor muy particular ya que es aquel que detenta el monopolio legítimo de la fuerza física, tiene soberanía interna en todo el territorio nacional y sobre todos sus habitantes para hacer cumplir la ley y sus disposiciones a través del aparato administrativo y jurídico estatal y ejerce la soberanía externa con relación al resto de los estados nacionales. Entre los autores que desarrollan esta perspectiva podemos citar a Max Weber, en *Economía y Sociedad*, FCE, México, 1992; Poggi, Gianfranco, *El desarrollo del Estado moderno*, Universidad de Quilmes, 1997; O'Donnell, Guillermo; "Acerca del Estado, la democratización y algunos problemas conceptuales", en: *Contrapuntos, Ensayos sobre autoritarismo y democratización"*, Paidós; 1997; Oszlak, Oscar; "Formación histórica del Estado en América Latina: elementos teórico-metodológicos para su estudio", en: Estudios CEDES, Vol. 1, N° 3, Buenos Aires, 1978; Mann, Michael; "El poder autónomo del Estado: orígenes, mecanismos y resultados", en: Zona Abierta, 57/58.1991;O'Donnell, Guillermo;

participación del sistema político, que canaliza las expectativas y demandas de la primera, resultando objeto de decisión para encontrar respuestas en los distintos organismos gubernamentales. Es una estructura dinámica y cambiante según los tiempos y contextos históricos.

El enfoque con que he desarrollado el presente estudio ha respetado los principios éticos de la Terapia Ocupacional, disciplina que me compete. La función principal de la Terapia Ocupacional es la de estructurar el conocimiento científico para aplicarlo en situaciones cotidianas y concibe al hombre, al sujeto de derecho, de forma holística (niño/a, mujer, hombre, etc.) y como un sistema abierto y dinámico. Tiene en cuenta sus intereses, valores y objetivos y lo considera protagonista y participe de sus avances en el campo de la salud, en sus correspondientes entornos (físico, social, espiritual, personal, temporal, cultural, virtual y político).

Las ideas de intervención comunitaria se enfocan en promover el empoderamiento comunitario mediante la participación de los miembros de la comunidad, de manera individual y/o colectiva no solo para detectar las problemáticas que los aquejan, sino para que, en conjunto se busque y brinde una respuesta a las necesidades. Siempre con la aspiración del cambio social.

Esta visión y la experiencia profesional desarrollada en el campo comunitario me han brindado las herramientas necesarias para explorar situaciones de la vida cotidiana de las poblaciones, analizarlas y elaborar el presente trabajo. Dentro del campo de estudios que se explora, una parte de los análisis ha revisado esta articulación en relación con determinados estratos de la población, especialmente, los grupos más vulnerables.

La relación que se establece entre salud, cuidado y pobreza ha sido uno de los tópicos que mayor interés ha generado entre los investigadores[5]. Vemos como década tras década, el fenómeno de la pobreza en América Latina ha sido motivo de debate, análisis e implementación de políticas sociales dirigidas a diferentes grupos de la población, principalmente a niños, niñas y adolescentes que, por diferentes circunstancias, se encuentran en situación de vulnerabilidad. La noción de vulnerabilidad social (Perona y Rocchi, 2001; Pizarro, 2001; Foschiatti, 2007) es definida como una condición social de fragilidad, de dificultad, de indefensión y de precariedad, que limita a los grupos afectados en la satisfacción de su bienestar inmediato o futuro, dentro de territorios socio-históricamente definidos. La vulnerabilidad hace referencia al impacto que el contexto socioeconómico provoca en distintas dimensiones de la vida social. Los sectores

---

"Apunte s para una teoría del Estado" en: Oszlak, Oscar (comp); *Teoría de la burocracia estatal, Enfoques Criticos, Paidós, Buenos Aires,*

[5] Referencias bibliográficas sobre salud y pobreza De la Calle, L.; Rubio, L. (2010). Pautassi, L. y otros (2010), Provoste, P. (2004) Svampa, M. (2009).

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

vulnerables estarían sometidos a los mayores peligros en la estructura social: desempleo, falta de seguridad social, dependencia de los sistemas de salud pública, carencias alimentarias, precariedad en las viviendas, localización en ambientes lábiles y su asociación con la prevalencia de ciertas enfermedades.

La profunda desigualdad en la distribución de la riqueza, un mercado laboral cada vez más restringido y limitado a lo informal y precario, impacta principalmente sobre aquellos que cuentan con menos recursos. (Pautassi & Zibecchi, 2010). En esta línea, a lo largo de las últimas décadas del siglo XX cobraron fuerza un conjunto de condicionantes que influyen sobre la Salud, como los factores demográficos, socioeconómicos, políticos, culturales y la distribución de los servicios sanitarios. También podemos citar a las afecciones individuales que no necesariamente revisten el peligro de transmisión y contagio (ej.: los eventos de tránsito o los suicidios). Es sostenido el alcance de las políticas de salud y niñez implementadas, con la intención de lograr la equidad en el acceso a la salud en tanto a derecho de la población en su conjunto.

Se abordará la dimensión asociada con la salud, dado que ella representa uno de los condicionantes centrales en los que la vulnerabilidad se expresa con mayor complejidad, basado en un enfoque etnográfico, buscaremos identificar cómo se construyen las percepciones de salud y cuidado en las madres de los beneficiarios y en los profesionales de la salud del Municipio de Quilmes, a partir de la implementación de la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social[6], desde la perspectiva de la Teoría de las Representaciones Sociales.

[6] La política se propone reforzar las políticas de inclusión educativa a través del otorgamiento de una prestación no contributiva similar a la que reciben los hijos de los trabajadores formales "a aquellos niños, niñas y adolescentes residentes en la República Argentina, que no tengan otra asignación familiar prevista por la presente ley y pertenezcan a grupos familiares que se encuentren desocupados o se desempeñen en la economía informal", a efectos de garantizar un piso de protección social. Es incompatible con la percepción de cualquier otro tipo de plan social. Excluye a aquellos trabajadores que se desempeñen en el sector informal y que perciban ingresos mensuales que superen al Salario Mínimo Vital y Móvil vigente.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

CAPITULO I: Definiciones y antecedentes en torno al campo de la salud, la infancia y las políticas públicas.

1.1. Aproximaciones al campo de la Salud y el Cuidado: Percepciones y Prácticas formales: En el presente apartado, se pretende articular distintos momentos por los que atraviesa la definición de salud, las políticas públicas y los lineamientos emanados por los distintos organismos internacionales al respecto. El abordaje a la salud y los estudios relacionados con la dimensión salud, han sido nutrido por una tradición historiográfica que repasa tanto el pasado como el tiempo presente, y continúa realizando aportes sustanciales concentrados en descubrir/desentrañar las experiencias en salud.

En este sentido, es relevante la contribución científica desde las distintas disciplinas de las ciencias sociales, que merecen ser incorporadas y puestas en discusión.

En general, los estudios sobre esta temática han sido elaborados principalmente por médicos, epidemiólogos, historiadores higienistas, antropólogos y sociólogos, entre otros, quienes consideraron los indicadores de mortalidad y morbilidad sobre afecciones infecciosas transmisibles tales como la fiebre amarilla, la malaria, el cólera y la tuberculosis y más recientemente el SIDA.

Desde esta perspectiva, nos interrogamos ¿cómo construyen el concepto de salud y cuidado las madres de los beneficiarios y los profesionales de la salud que participan de la política pública analizada? ¿Cómo se ha configurado y/o modificado ambos conceptos desde la implementación de esta política? y ¿Cómo se construyen y/o reconstruyen socialmente los conceptos de salud y cuidado?

En el siglo XVII se genera en Europa una nueva concepción de la relación entre el cuerpo enfermo y la salud, entre el dolor y el bienestar, y los profesionales de la salud y los medios para enfrentar la muerte.

Durante la revolución industrial, se produce la expansión de las ciudades y de la población de trabajadores, hombres, mujeres, niños, inmersos y sometidos a prolongadas jornadas de trabajo, que vivían hacinados en precarias viviendas, con un claro deterioro de la salud física y mental de las personas, y del medio ambiente. Esta situación provoca que los gobiernos se hicieran cargo de la Salud Pública. Nuestro país se transformaba impulsado por la oleada de progreso, la urbanización y la inmigración masiva. Hacia 1880 culminó un proceso de secularización que, en la práctica, significó la transferencia a la órbita estatal de diversas funciones que tradicionalmente habían sido desarrolladas, a veces de manera compartida, por la iglesia. En parte como consecuencia del conflicto social subyacente y a manera de freno, el Estado comenzó a intervenir regulando actividades insalubres, el trabajo femenino e infantil y los accidentes de trabajo.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

La Salud Pública en nuestro país, se inició en el Siglo XIX, con el surgimiento del Higienismo[7], motivado por el asentamiento de las masas inmigratorias y sus necesidades, tanto en la capital, como en el interior del país.

Las prácticas que se gestaron en el higienismo argentino giran en torno a la problemática del clima y cómo hacer que éste incida favorablemente en la salud. Las plazas y espacios al aire libre son valorados como una de las soluciones para el hacinamiento y las enfermedades, junto con el trazado de cloacas, para obtener "métodos de vida acordes a la Higiene". Estas prácticas también tienen como objetivo actuar como punto de articulación entre la familia y el Estado, para prevenir enfermedades sociales (Murillo, 1997; Figari, 2006).

La denominación de este movimiento proviene del concepto de higiene que se entiende, en esos momentos históricos, como una rama de la medicina interesada en conservar la salud y prevenir las enfermedades.

La preocupación por este tema, y el deslinde de un campo teórico particular, surge por la epidemia de fiebre amarilla que asola a Buenos Aires y algunas ciudades del interior del país. Los médicos higienistas consideran que la salud es una resultante de las condiciones del medio físico y social en que desarrollan su vida las personas. De esta manera, la higiene como objeto de estudio se desarrolla en el ámbito académico y se traslada como preocupación a las autoridades en relación con la salud pública tomándose medidas de profilaxis. Con el medio ambiente, el trazado urbano, las respuestas al hacinamiento, las viviendas dignas, la reglamentación del trabajo femenino, la jornada laboral y los sueldos obreros, entre otras, como pasaporte para mejorar la calidad de vida de los sujetos más vulnerables.

Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, manifiestan en "Historia de la Salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales" (2014) que *"La historia social de la salud se ha constituido en un escenario prolifero de investigación académica. Los interrogantes y respuestas que surgen dentro de este campo han colaborado en la formación de un campo con identidad propia que dialoga con otras perspectivas de análisis histórico y disciplinas de las ciencias sociales que comparten intereses comunes sobre problemáticas del pasado y del presente".*

En esa línea, vemos como durante siglos la salud fue entendida como "ausencia de enfermedad", hasta que en el año 1947 la Organización Mundial de la Salud modifica el concepto y pasa a definir a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". Si pensamos que salud es estado de bienestar, entonces es necesario considerar en ese plano a las políticas de salud, la

[7] El término higienismo proviene de Higea, Higia o Higieia, título asignado a la diosa griega Atenea por sus múltiples curaciones.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

provisión de agua potable, las condiciones de vivienda digna, la articulación entre políticas de salud y políticas educativas, etc.

Esta es la definición política que la OMS[8] da en este punto. Era una definición tendiente por señalar la función del Estado y la sociedad en el cuidado colectivo de la salud. La incorporación del factor social como determinante de la salud, además de los factores físico y mental, tradicionalmente considerados, supuso un cambio sustancial porque la salud dejó de depender en exclusiva del mundo de la sanidad para integrarse también en el mundo social.

El concepto de salud implica tres componentes: objetivo, relacionado con la integridad y la funcionalidad orgánica; adaptativo, referente a la capacidad de integración bio-psico-social del individuo y subjetivo, que incluye la creencia de bienestar y la percepción individual de la salud[9].

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud real de la población, y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individuo. Estas conceptualizaciones de salud y cuidado son percibias como una construcción individual y social mediante el cual el sujeto elabora su realidad.

La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede entenderse en el contexto del universo de creencias, comportamientos y valores del medio sociocultural de cada sujeto y también de las condiciones materiales de vida. Este proceso de construcción individual se desarrolla en un entramado social que lo contiene y le da sentido. La resolución de problemas cotidianos como el trabajo y la alimentación opaca la percepción de los problemas en el campo de la salud y el cuidado, especialmente en los adultos, siendo los niños los sujetos de mayor atención.

Los medios de percibir a la salud y al cuidado son diversos y están socioculturalmente condicionados. Actúan factores como la responsabilidad o los roles familiares que cada sujeto desempeñe, así como también las prioridades de la vida cotidiana y las actividades que desarrolle influyen en la percepción de ambos campos.

Samaja, J. (1984), propone que es necesario considerar a la salud y al cuidado no solamente como hechos del mundo de la naturaleza, sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder. Los sujetos sociales prestan distinta atención a la construcción de los conceptos de salud y cuidado. Por ejemplo, la percepción del dolor o malestar está atravesada por distintos factores que tienen que ver con condicionantes estructurales y también con la experiencia de vida y se inscribe dentro del proceso general de percepción.

---

[8] Organización Mundial de la Salud.

[9] Juarez, F., (2011) El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud.International Journal of Psychological Research [en linea] Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299022819009 ISSN 2011-2084.

Este proceso es selectivo y se puede comparar con la mirada en un espejo que no es la realidad misma. La imagen puede agrandarse, achicarse, se ilumina o se oscurece, de acuerdo a como nos situamos para observarla. La percepción que cada uno tiene de la realidad se produce de acuerdo con el modo y al lugar o situación desde donde se mire[10].

A fines de la década del 70, se sucedieron recomendaciones internacionales que abogaban por un "Acceso a la salud para todos". Este lema que se consolidó tras la Conferencia Internacional de 1978, celebrada en Alma-Ata (ex URSS) organizada por la Organizada por la Mundial de la Salud (OMS)[11] y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). A partir de ese momento, el interés se orientó hacia los sujetos en general, y los gobiernos apoyaron o alentaron el desarrollo de servicios de atención de salud gratuitos para la población en su conjunto. Desde entonces, la agenda del Estado[12], se propone diagnosticar y formular enfáticamente, iniciativas relativas a mejorar la salud de la población trabajadora, especialmente de las mujeres y los niños.

Hasta los años cuarenta el sistema de salud en la Argentina se caracterizaba por un sector de medicina privada utilizada por la clase media y alta, un sistema de hospitales del Estado y de la beneficencia para los pobres, mutuales por nacionalidades y algunas pocas mutuales gremiales. Neri A., (1983) sostiene que dicha década, constituye una etapa clave para entender las especificidades que adquirirán posteriormente los servicios de salud.

El sanitarismo, en nuestro país, fomentó el impulso de unificar todas las políticas públicas de asistencia en el campo de la salud e integrarlas en el Estado, encargado de cumplir las funciones de salubridad, bajo una sola directiva, con una misma política de acción dentro del ámbito geográfico de la nación, colocando la mirada en las demandas y las acciones que fueron generando consensos en torno a la necesidad de centralizar la atención de la salud en un ente público (Ramaciotti, K.; Valobra, A; 2003).

---

[10] Llovet JJ. (1984) Servicios de salud y sectores populares: los años del proceso. Buenos Aires: CEDES.

[11] La OMS es una institución que desempeñó un rol hegemónico en las cuestiones de salud a nivel mundial, desde la segunda guerra mundial hasta la década del 80, donde este rol se comparte con el Banco Mundial.

[12] El Banco Mundial, por ejemplo, ha justificado intervenciones directas del gobierno en el campo de la salud sólo en tres casos: primero, para la financiación de un conjunto de servicios clínicos "esenciales" como una estrategia para reducir o aliviar la pobreza. Segundo, para suministrar un conjunto de bienes públicos tales como las inmunizaciones y educación en salud, que no pueden ser provistos por el mercado dado que éstos no son bienes privados. Tercero, para corregir las deficiencias del mercado en materia de equidad y eficiencia en las áreas de cuidados de la salud y seguros médicos; estas deficiencias se refieren a problemas de selección adversa, riesgo moral, y otras tales como externalidades y competencia imperfecta entre los proveedores de servicios médicos, los pacientes, y aseguradores. A partir de estos criterios, que delimitan el perfil de un sistema de salud gobernado por relaciones de mercado y un Estado mínimo, el Banco Mundial ha recomendado crear un seguro universal con competencia regulada entre agencias aseguradoras y prestadoras de servicios médicos, privadas y públicas, como la mejor forma para resolver los problemas de ineficiencia e inequidad

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

Es ilustrativo en relación con lo planteado por las autoras, la posición adoptada por Ramón Carrillo señalando que "*La salud no es un valor negativo, que se defina por la mera ausencia de enfermedad. La salud, en sentido positivo, importa nada menos que la vida plena, abierta a todas las posibilidades de trabajo y el bienestar físico espiritual y social. La salud es el derecho más respetable, entre los derechos del hombre, y el más olvidado por los hombres*"[13].

Uno de los méritos mayores del Dr. Ramón Carrillo fue haber incorporado la planificación y la administración a la agenda política y al trabajo sanitario, con una visión global para la totalidad del sistema, con una batería coherente y sinérgica de lineamientos de acción para el corto y largo plazo y con una clara política de protección, cuidado y cobertura para los más desvalidos, más allá de su condición laboral. Entre los logros de su gestión cabe mencionar el diseño, la obra y la habilitación de numerosos establecimientos hospitalarios y centros de salud distribuidos en las provincias y acompañando el desarrollo y el crecimiento migracional del Conurbano Bonaerense, también la eficaz campaña de erradicación del paludismo, entre otras.

El proceso de centralización propiciado por Carrillo fue simultáneo y diferente a las políticas del Poder Ejecutivo orientadas a dar fuerte apoyo estatal a la atención médica brindada por las obras sociales sindicales a los trabajadores. Mientras la atención estatal propiciada por Carrillo se concentraba en la atención de los pobres, otras áreas del gobierno nacional centralizaban el manejo de las obras sociales con la consecuente fragmentación del sector salud.

En el año 1986, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, documento elaborado por la OMS, refiere a la salud y al bienestar de la población, como "*proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente".*

Describe como requisitos indispensables para la salud de las poblaciones: la paz, la educación, el vestido, la comida, la vivienda, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Así podemos percibir a la salud no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Propone a la salud como un proceso de carácter multidimensional, y por lo tanto sumamente complejo que recibe un valor especial en función de la cultura en que se intente comprender.

[13] Discurso de Ramón Carrillo al constituirse la Comisión Mixta para la aplicación de la Ley-Decreto sobre Medicina Productiva, en Archivos de la Secretaría de Salud Pública, diciembre de 1946, p.26.

La OMS y otros organismos internacionales promotores de la salud, utilizan el concepto de *política pública favorable para la salud* con la finalidad de recalcar la necesidad de que los gobiernos reconozcan y aborden los vínculos entre la salud y los entornos social, físico y económico. Bajo esta mirada, se promueve la responsabilidad colectiva al mismo tiempo que se instala en las esferas privadas de los sujetos y de las comunidades.

Otro aspecto en el que se centra la OMS es en la organización de la Salud Pública pues manifiesta que "*la salud es parte de la responsabilidad de los gobiernos"*. En este sentido es mucho lo que se puede hacer, incluyendo la mejora de hospitales públicos y el fomento a la iniciativa privada (que contemple que la salud es un derecho de todos los individuos) y la protección del medio ambiente.

Con esto se hace referencia a todas las medidas que puedan tomarse desde los organismos gestionados por el Estado para la prevención de dolencias y discapacidades, para la prolongación de la vida y para la educación de los individuos en lo que respecta al cuidado de la salud. La perspectiva mundial de la ciudadanía infantil que introduce la Convención por los Derechos de los Niños[14], marca la necesidad del trabajo de los padres en pos de garantizar los derechos de la niñez.

En el marco de la Iniciativa CEPAL/UNICEF para América Latina y el Caribe "Pobreza Infantil, desigualdad y ciudadanía" de la División de Desarrollo Social (CEPAL, 2007) se indagó sobre las distintas formas de resolución del cuidado de los niños y niñas en Argentina, buscando establecer vínculos con las distintas estrategias de superación de la pobreza infantil, el papel reservado a las acciones de cuidado dentro de los principales programas de transferencias condicionadas de ingresos en Argentina. El estudio alerta sobre la necesidad de garantizar el derecho al cuidado de los niños, las niñas y los adolescentes a través de acciones de matriz universal. La CEPAL (2000) manifiesta en distintos documentos que la ciudadanía debe expresar la posesión y hacer uso del ejercicio de derechos inalienables por parte de los sujetos que integran la sociedad y la obligación de cumplir deberes y respetar los derechos de los demás.

Cada persona, para considerarse sana, necesita una comprensión clara de sí misma en relación con las demás y con los factores que influyen sobre el bienestar de toda la población (Werner y Bower, 1990).

1.2. Tensiones, disputas y negociaciones en relación a la salud formal y no formal: Entender a la salud como un campo, en el sentido de Bourdieu (1995), implica poder captar el conflicto, la disputa y la negociación, siempre presentes en los procesos históricos. A su vez, Tejada de Rivero (2003) propone considerar que la salud es "*una*

[14] Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 20 de noviembre de 1989.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

realidad social cuyo ámbito no puede ser separado de otros ámbitos sociales y económicos (..) es sobre todo una realidad social compleja, un proceso social y un proceso político". Es decir, que el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones, sino que va más allá de eso. En otros términos, se podría decir que la concepción de la salud puede explicarse como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo en dos escalas, una micro (a nivel celular) y otro macro (a nivel social).

Por otra parte, estudios sobre la construcción doméstica de la salud y sus relaciones con el sistema institucional público, han dado luz a través de estudios de casos, a la necesaria consideración de los cuidados domésticos en las políticas públicas de salud (Provoste, 2004; Murillo, 2004).

Autores como Biernat, Ramacciotti y Faur (2014) manifiestan la necesidad de incluir las prácticas de salud no formales transmitidas de generación en generación dentro del seno familiar. Así, los saberes tradicionales y populares se muestran en una realidad diversa como una forma legítima de conocer el mundo y de dar respuesta a los problemas sobre la salud. A lo largo de la historia, el hombre buscó aliviar el dolor y curar las enfermedades.

Como ha planteado O. Salaverry (2013), América Latina alberga gran cantidad de medicinas populares, que priman fundamentalmente en las poblaciones rurales que migran a sectores urbanos y que constituyen prácticas para el cuidado de la salud en el día a día.

La influencia de las prácticas no formales se advierte en las concepciones de la salud, como equilibrios y desequilibrios sobre males específicos, tales como el mal de ojo, el empacho, la culebrilla, los parásitos, etc. En estas prácticas que se desarrollan en el ámbito doméstico, predominan los remedios caseros, los baños, las infusiones y pomadas que, por lo general, se preparan con hierbas, flores y plantas y son recomendadas por familiares o amigos cercanos, o forman parte de los saberes familiares que se transmiten de generación en generación. Entonces, el campo de la salud y el cuidado puede pensarse como un sistema de prácticas en las diferentes culturas, entendido como la forma de sostener y promocionar la calidad de vida y el bienestar de las personas. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Más allá de las distintas miradas disciplinares, abordar este concepto, desde las Ciencias Sociales, exige superar enfoques biomédicos apoyados en el paradigma positivista y médico hegemónico, que reducen el concepto de salud a la ausencia de enfermedad.

Desde el recorrido realizado, podemos considerar a la salud como un estado de integridad y bienestar en el que las personas pueden trabajar juntas (participación) para satisfacer sus necesidades de una manera autosuficiente y responsable.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

1.3. Definiciones en relación al concepto de cuidado y las prácticas cotidianas: El concepto de cuidado se fue construyendo progresivamente sobre la observación de las prácticas cotidianas y mostrando la complejidad de arreglos que permiten cubrir las necesidades de cuidado y bienestar. Resulta un elemento central del bienestar humano.
El cuidado de la salud ha sido explorado principalmente por la antropología médica.

La integralidad de las prácticas que producen cuidado se vincula con el reconocimiento de lo diferente y singular del otro en su forma de vivir, de pensar, de estar en el mundo, de desear como productor de vida y de otros saberes. Se trata de dejarse afectar por el encuentro para construir, juntos, las estrategias cuidadoras que, desde esta perspectiva, serán integrales y de poner la centralidad de las prácticas de cuidado en las demandas y necesidades de las personas y de los colectivos. Algunos autores (Menéndez y otros, 2013) sostienen que el cuidado que proporcionan esencialmente las mujeres en el ámbito doméstico es un pensamiento materno que estimula y proporciona las condiciones para su desarrollo. Este saber femenino, que se construye socialmente, se refleja en los cuidados que se realizan en el ámbito doméstico.

Hasta la década de 1980, el concepto de cuidado se limitaba y se consideraba en la esfera pública restringido a los servicios para mujeres trabajadoras asociado a la infancia. En la década de los años 90, con un enfoque amplio e integrador, se considera la acción y la dedicación de las personas para sostener el entorno. Estos conocimientos dependen de las situaciones socioculturales en los cuáles ellos ocurren y son continuamente negociados. Una de las fuentes de conocimiento de las mujeres lo constituye su propia experiencia como pacientes o la desarrollada a través del cuidado a los miembros de la familia. Las mujeres mayores son personajes importantes que se encargan de la formación de las mujeres jóvenes en el cuidado a la salud, los conocimientos que brindan son en el área de la medicina tradicional, que se transmite de generación en generación[15].

Estas mujeres enseñan a curar cólicos y dolor de estómago basándose en tés de manzanilla, hierbabuena, ruda, palan palan, hierbas para la bilis, a “curar anginas (amígdalas)”, a usar hierbas para la tos y resfriados, a contrarrestar intoxicaciones, usar hierbas para la diabetes, asma, y aplicar “curaciones caseras” como tomar antigripales y a controlar los “nervios”, aliviar dolores.

También enseñan a curar síndromes de origen cultural como: “caída de mollera”, “mal de ojo”, “sustos” y “enfriamientos”. Las mujeres poseen un acopio social del

[15] Del compromiso y la responsabilidad que asumen las mujeres desempeñando el rol de cuidadoras de la salud dan cuenta los trabajos de M. C. Carmen Massé Garcia “La mujer y eL cuidado de la vida. comprensión histórica y perspectivas de futuro” y de Sandra Vaquiro Rodríguez, Jasna Stiepovich Bertoni en “Cuidado Informal, un reto asumido por la mujer”.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

conocimiento y del cuidado de la salud cotidiano, que tiene que ver con un orden cultural y social especifico mediatizado para ellas por significantes, personas o instituciones, los cuales están encargados de su socialización. En la unidad doméstico/familiar son las mujeres las que proveen el autocuidado a la salud necesario para la reproducción biológica y social tanto de su familia como de sí mismas.

El ámbito de socialización determinante en el saber femenino del cuidado a la salud es su medio ambiente cotidiano representado en primer lugar por su familia de origen, donde desde pequeña inició su aprendizaje del cuidado a la salud, y después su familia de hoy día en donde su experiencia es definitiva. La experiencia y la observación y su contacto con otras mujeres generalmente de su mismo grupo generacional son también caminos para aprender a cuidar de la salud. El cuidado a los hijos es el camino principal por el cual las mujeres adquieren nuevas experiencias de aprendizaje para cuidar la salud de los demás y desarrollan un aprendizaje bastante amplio de conocimientos.

El pasaje del cuidado como concepción analítica al cuidado como instrumento político, no está exento de tensiones y demandas. En el primer término, se pretende enaltecer al cuidado, sin considerar los costos implícitos en su provisión. Anderson, J. (2013) sostiene que *"los cuidados son imaginados como una actividad liviana, poco exigente, y los espacios donde se realizar los cuidados son naturalizados de tal modo que se hacen resistentes a la investigación y la reflexión crítica".* Redistribuir el cuidado implica hacerlo a pesar de sus costos, no porque estos no existan.

Chardon, Ma. C. (2011) redefine el concepto "…*como un sistema de prácticas destinado a sostener y propiciar la vida y la calidad de vida de los sujetos. Se instituye en la vida de relación y se funda en la ternura, el miramiento, la empatía, pero también en diferentes regulaciones que se van transformando a lo largo de toda la vida. Se caracteriza por la construcción de un lazo social tierno que tenga en cuenta la posibilidad de "alojar" al otro en acto. Los sistemas de cuidado se desarrollan socio-históricamente, comenzando en la familia de las diferentes culturas".*

Pautassi, L. (2013) desde el enfoque de los derechos propone *"considerar el cuidado desde un enfoque de derechos humanos de modo de poder situar la titularidad del cuidado en la persona desvinculada de la condición o posición que ocupe. El reconocimiento del cuidado como derecho implica incorporar estándares y principios a la actuación de los estados democráticos en las situaciones concretas, pero también contribuye a la consecución de políticas y prácticas equitativas al mismo tiempo que aporta indicadores para la verificación de su cumplimiento, los cuales cobran una centralidad indiscutible para garantizar los derechos de cada persona que deba cuidar y a su vez pueda cuidarse, como también para quienes necesitan ser cuidados".*

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

Se ha mencionado los conceptos de cuidado desarrollados por ambas autoras pues ambos dan marco a.l presente trabajo.

1.4. El escenario político y las respuestas del Estado a la cuestión social: nuevas manifestaciones de las políticas sociales dirigidas a la Infancia: En una sociedad democrática el Estado es responsable de garantizar a todos los ciudadanos sus derechos sociales. La institucionalidad tiene que ver con la instalación y funcionamiento de espacios de concertación, pensados como instrumentos articuladores, donde las políticas sociales son políticas de Estado para el desarrollo, construidas en conjunto desde las organizaciones sociales, políticas y sindicales, los Estados locales y el Estado nacional.

Amartya Sen concibe a las políticas sociales como una inversión sobre el capital humano, el capital social o en las capacidades humanas mediante programas sociales orientados a la participación de las personas y comunidades en el proceso productivo (Sen, 1999; Taylor-Gooby, 1998 y 2001; Giddens, 1998).

Repetto (2010) entiende que "*el término política social no es una expresión técnica con significado exacto (...), se caracteriza por hacer referencia a la política de los gobiernos respecto a aquellas actuaciones que tienen impacto directo en el bienestar de los ciudadanos a través de proporcionarles servicios o ingresos. Por lo tanto, la parte más importante está formada por la seguridad social la asistencia pública, los servicios sanitarios y de bienestar, la política de vivienda".*

Pensar en las políticas públicas, que las mismas participen del concepto de sociales y en que puedan situarse y desarrollarse en el nivel local constituye un desafío.

Como ya se ha enunciado precedentemente, se hace necesario revisar el contexto histórico y social en el que se llevan a la práctica las políticas públicas con la finalidad de brindar una propuesta para el momento en que se detecta la urgencia o la necesidad.

En nuestra región, actualmente, los debates académicos sobre este concepto son incipientes. En los países anglosajones estos debates, impulsados por las corrientes feministas en el campo de las ciencias sociales, se remontan a los años 70.

La sociedad argentina, en el último cuarto de siglo, ha sido protagonista, voluntaria o involuntariamente, de cambios profundos que han transformado nuestra manera de vivir. En todos los planos, el familiar, el social y el productivo, la dinámica de ese cambio ha sido marcada por la creciente inestabilidad de situaciones y de condiciones de vida. En este contexto, el avance neoliberal ha redefinido no sólo las estructuras económicas sino también el papel del Estado[16]. El campo de la Salud ha sido una importante referencia de la equidad (o inequidad) social.

[16] Esta crisis derivada de la política económica sustentada en la Ley de Convertibilidad y la recesión iniciada en 1998 crearon las condiciones para la emergencia de los movimientos

Se puede observar que el deterioro del nivel de vida por una pérdida coyuntural de acceso al sistema de salud o educativo[17], puede ser un hecho irreparable en el proceso de normal desarrollo de los sujetos. Surge el fenómeno de empobrecimiento[18] de las clases medias, nuevos sujetos sociales, o lo que Alberto Minujin (1995) denomina como "*el surgimiento de los nuevos pobres".* Esta situación denotó un cambio en el mapa social del país, donde la participación comunitaria tomó relevancia y protagonismo como un proceso social de grupos específicos. No solo los pobres estructurales se vieron afectados por los cambios en la economía argentina, sino que fue un proceso que afectó a amplios sectores de la población[19].

En la década de los 90, las rutas, los ferrocarriles y el correo concesionados a privados; teléfonos, gas, electricidad, Aerolíneas Argentinas, YPF, los fuertes iconos de empresas públicas privatizadas, como las empresas privadas que cerraban, despidieron a una enorme cantidad de trabajadores, de los cuales muchos ya no lograron reubicarse en

---

sociales denominados luego *"piqueteros",* cuyos métodos de lucha más utilizados fueron las movilizaciones y el corte de rutas y calles de las grandes ciudades. Estos grupos eran heterogéneos y tuvieron una vida muy dinámica (*Federación de Tierra y Vivienda, la Corriente Clasista y Combativa, el Bloque Piquetero, que resulta de una alianza entre el Partido Obrero, el Polo Obrero y el Movimiento Teresa Rodríguez, el Movimiento Territorial de Liberación, la Coordinadora Urbana Barrial y la Federación de Trabajadores Combativos, la Organización Aníbal Verón, el Movimiento Sin Trabajo "Teresa Vive"*), teniendo representatividad e identidad en cada uno de sus territorios. Las luchas por sus reivindicaciones no se limitaron sólo al empleo, sino que incluyeron propuestas para mejorar su espacio de vida: la situación de los hospitales, los centros de salud, las escuelas, las vías de comunicación, entre otras.

[17] Particularmente preocupante es, también, el caso de la educación, pues no sólo es un factor de integración social, sino la puerta de entrada a las nuevas tecnologías productivas y de la información y la comunicación, pilares del desarrollo económico del siglo xxi. Al papel económico que juega la educación en la actualidad hay que agregar la evidencia sobre la importancia de la salud y la nutrición en el crecimiento del producto interno bruto (OMS, 2002).

[18] En el caso de la Argentina, los factores principales del crecimiento de la pobreza han sido la pérdida de ingresos de los individuos y las familias, los cambios en los precios relativos de nivel minorista y el aumento de la desigualdad del ingreso. Según el análisis del Siempro, tanto en el periodo 1998-2001 como en 2001-2002, el factor más importante fue la caída del ingreso per cápita familiar, originado en la desocupación y la reducción de los salarios e ingresos de los autónomos. A partir de 200, debido a la devaluación, los precios de la canasta de alimentos y de los demás bienes y servicios básicos subieron muy por encima del nivel general de precios minoristas. Las alteraciones de los precios relativos fueron, por esta razón, el segundo factor con mas peso para explicar el alza de la pobreza en el periodo. Sitio Web, Cambio Social, Argentina.

[19] Los nuevos pobres, que son mayoritariamente grupos de clase media que han visto reducidos sus ingresos, siguen contando, sin embargo, con un stock de relaciones sociales y la capacidad de crear otras nuevas que les permiten paliar las situaciones de desocupación o subocupación y les facilitan la reinserción laboral en el caso de una recuperación de la economía. Por el contrario, las redes sociales a las que tienen acceso los sectores caracterizados por la pobreza estructural son en general limitadas y alcanzan sólo para mantener las condiciones mínimas de subsistencia.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

empleos formales. Estos desocupados, sub ocupados y trabajadores informales perdieron beneficios sociales y solo podían acceder al servicio público de salud.

Se imponía la imagen del deterioro de la Salud Pública, de una gran porción de población de escasos recursos como típico público usuario del sistema y en consecuencia una suerte de naturalización de lo público destinado a los pobres. Se naturaliza la noción de la existencia de los pobres y se pone de relieve la importancia del empleo como diferenciador en cuanto al acceso a un tipo de salud supuestamente superior. Los que ven precarizada o perdida su condición de asalariados son incluidos en el sistema público de salud.

A la crisis generalizada se le agregaría entonces que la salud que brinda el Estado tiene como su razón de ser la atención de los pobres. Las políticas dirigidas a las familias con relación al cuidado de la salud comprenden una serie de cuestiones a debatir en el plano cultural, financiero y social y abre un amplio espacio para la propuesta de alternativas en la que deben estar presentes distintas voces.

¿El Estado, a través de normativas, cómo brinda respuestas a las necesidades que surgen de estas transformaciones sociales?

Para describir este tema he rescatado la siguiente definición: *"…La implementación de las políticas abarca aquellas acciones efectuadas por individuos (o grupos) públicos y privados, con miras a la realización de objetivos previamente decididos. A estas acciones pertenecen tanto los esfuerzos momentáneos por traducir las decisiones en propuestas operativas, como los esfuerzos prolongados para realizar los cambios, grandes y pequeños ordenado por las decisiones políticas…"*[20].

Este debate público debe promover la articulación de nexos entre los sujetos sociales que se encuentran en el ámbito académico y entre quienes están ubicados en las esferas político-decisorias (funcionarios y responsables políticos), evitando la segmentación institucional y sectorial que dificulta los enfoques integrales y la coordinación de políticas, sobre todo en lo que se refiere a la salud y a la protección social.

Esas voces, en una reflexión conjunta deben aportar a la construcción del "sujeto" de las políticas integrando las voces de las organizaciones que demandan cuidados en la salud.

Robert Castel es un referente obligado en el desarrollo de la política social moderna, estableciendo una distinción entre la intervención social-asistencial (desde la tradicional caridad cristiana hasta sus formas laicas) y el desarrollo de los seguros que, a diferencia de la intervención asistencial, se estructura como un fondo de previsión de los trabajadores manuales frente a eventuales causas de incapacidad de trabajar como la enfermedad, los

[20] Villanueva Aguilar, L. (2000) Compilador Van Meter, V. D. y otro "El Proceso de Implementación de las Políticas ", Editorial Planeta.

accidentes o la muerte.

Si bien, como señala Castel, el seguro se constituyó, en sus orígenes y hasta mediados del siglo XX, como una "*analogía* de la asistencia", su desarrollo va a ser central en la sociedad salarial, ya que, a partir de la década del 50, alcanzó a consolidarse como una "cobertura generalizada de los riesgos sociales". Estas intervenciones implicaron, para el autor, modalidades de protección social orientadas a garantizar un proceso de inscripción de los sujetos en la organización social, por lo que su problematización de la política social puede ser comprendida como *"una reflexión sobre las condiciones de la cohesión social a partir del análisis de situaciones de disociación".*

La política asistencial específicamente, considerada como el origen de la política social moderna, también cumple una función de (re) integración de los "desafiliados" de la sociedad. La asistencia adquiere una forma transitoria organizada bajo el formato de "programas" que ponían en tela de juicio la noción de derechos sociales propia del otrora Estado social, y, por ello mismo, asumían un carácter marcadamente restrictivo. Los recursos públicos, aplicados selectiva y condicionadamente, fueron canalizados por intermedio de organizaciones sociales de tipo comunitario, lo que permitió descargar la responsabilidad estatal relativa a la reproducción de las condiciones de existencia sobre la población pobre y, a la vez, garantizar el control social sobre ellas.

Aníbal Viguera (2008), manifiesta que *puede partirse de la hipótesis de que las políticas se explican teniendo en cuenta la presión y posibilidades de influencia relativas de distintos actores sociales o "grupos de interés"; esta perspectiva tiene una fuerte tradición que engloba desde las versiones pluralistas hasta los enfoques en términos de "clases", aunque también permea a ciertos trabajos que se sustentan en la llamada "nueva economía política", y en algunos aspectos puede superponerse con explicaciones de tipo "estructural"*, y sugiere que, para entender los procesos de adopción e implementación de políticas, debe atenderse *a la interacción, en el ámbito de la política, entre elites estatales y actores sociales y políticos, teniendo en cuenta cómo se entrelazan los objetivos, intereses y recursos relativos que cada uno deriva del contexto estructural, ideológico e institucional en el que se desarrolla su acción*.

El análisis de las políticas sociales nos aproxima a la temática de la participación y del impacto que tienen las políticas en la constitución de ciudadanos y en la expansión de derechos[21]. A su vez, Majone, G. (1997) sostiene que la argumentación es el proceso fundamental que siguen los ciudadanos y los gobernantes para llegar a juicios morales y a la elección de políticas, sosteniendo que *la discusión pública moviliza el conocimiento, la*

[21] Arce, L.; Gripo, L.; Finare, Ma. L.; Vidal, V. 82014) "Rayuela. Construyendo salud mental comunitaria", En Cuerpo y Subjetividad, Comp. Trimboli, Grande. Raggi, Fantin, Fridman, Bertran. 1º Edición, Pág. 479, 480 y 481. ISBN 978-98723478-9-5.

experiencia y el interés de muchas personas que centran su atención en un número limitado de problemas.

Las políticas sociales, enmarcadas en lo que se ha dado en llamar el período pos-neoliberal, parecieran estar signadas por un nuevo rasgo: la garantía de una mayor cobertura hacia los sectores pauperizados de la sociedad bajo la enunciación de derecho ciudadano, es decir, de carácter universal. Esto, a su vez, resultaría de la estructuración de nuevas fuentes de financiamiento que las constituyen en protecciones más estables, en contraposición a la transitoriedad de las políticas implementadas durante el neoliberalismo.

1.5. El paradigma de la universalidad de los derechos: El caso de la Asignación Universal Por Hijo Para la Protección Social: En la Argentina, el Poder Ejecutivo Nacional sanciona el decreto 1602/09 que incorpora a la ley 24.714 el inciso c y que afirma la creación de un subsistema no contributivo de Asignación Universal por Hijo para Protección Social[22]. Posteriormente su implementación se reglamenta mediante la Resolución N° 393/2009 de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), organismo responsable del pago de la prestación. El Decreto proclama, como uno de los objetivos principales de la AUPHPS, mejorar la calidad de vida y el acceso a la educación de los niños y adolescentes. Los destinatarios de esta política son los niños y adolescentes residentes en la República Argentina que no tengan otra asignación familiar prevista por la Ley de Asignaciones Familiares 24.714 y pertenezcan a grupos familiares que se encuentren desocupados o se desempeñen en la economía informal.

En caso de ser un asalariado informal, se debe percibir un ingreso menor al salario mínimo para calificar como beneficiario (González, 2010). Para recibir la asignación, el menor debe ser argentino, hijo de argentino nativo o por opción, naturalizado o residente con al menos tres años de residencia legal en el país. Asimismo, se les otorgó el derecho a percibir la AUPHPS a los hijos de quienes se desempeñan en el servicio doméstico de manera registrada, que tampoco estaban cubiertos por el régimen contributivo[23].

Desde diferentes sectores políticos y sociales, se reclama aún la extensión de este derecho a los hijos e hijas de personas privadas de la libertad, que actualmente se encuentran excluidos del acceso a la AUPHPS[24]. La asignación otorgada a través de la

[22] Las políticas de transferencia de ingresos que incluyen condicionalidades transfieren no solo responsabilidades a las familias para la efectivización del derecho de los niños y niñas, sino también exigencias y mayor demanda a los efectores públicos provinciales, dejando en ocasiones al descubierto posibles déficit y problemas del sistema de salud (Lecaro & Schneeman, 2010).

[23] Consultado en: http://www.econoblog.com.ar/4368/pagaran-la-asignacion-universalpor-hijo-al-servicio-domestico-y-estudian-incluir-a-los-monotributistas/

[24] Ver más información en: http://asignacionuniversalporhijo.blogspot.com/2010/03/ el-acceso-la-asignacion-universal-por.html

AUPHPS[25] consiste en una prestación monetaria no retributiva de carácter mensual que se abona a uno de los padres o tutor por cada menor de 18 años que se encuentre a su cargo, o por cada hijo sin límite de edad en el caso de tratarse de un hijo discapacitado.

La prestación que otorga la AUPHPS se fijó en un monto equivalente al que corresponde a la mayor asignación por hijo del régimen de asignaciones familiares contributivo nacional.

Uno de los considerandos del Decreto 1602/09, señala que el programa AUPHPS[26] "no implica necesariamente el fin de la pobreza, pero ofrece una respuesta reparadora a una población que ha sido castigada por políticas económicas de corte neoliberal", no reemplaza al trabajo como principal elemento que permite el desarrollo de las personas y las sociedades. En este sentido, si bien es insuficiente para garantizar la salida de la pobreza, constituye un paliativo que borra las diferencias en el acceso a una asignación por hijo entre quienes poseen trabajo en blanco y quienes se encuentran desocupados o empleados en el mercado informal (Lecaro & Schneeman, 2010).

La política fue una iniciativa de inversión social en tiempos de crisis a nivel nacional e implementada con el consenso de todos los sectores de la dirigencia argentina que permitió iniciar una serie de reflexiones dada la novedad de una medida de este tipo en el país. Estos programas de transferencia condicionada asignan una suma de dinero a las familias de menores recursos para financiar parte de su consumo, a cambio de que cumplan ciertas condiciones relacionadas con la inversión en capital humano (González, 2009).

El concepto de condicionadas proviene por el cumplimiento obligatorio de pautas concretas que poseen los beneficiarios de esta política, (en este caso el cumplimiento de

[25] Para lograr el beneficio de la AUPHPS el adulto responsable (padre, madre o tutor) y el niño/a deben tener Documento Nacional de Identidad y, además, cumplir con un mínimo de 3 años de residencia en el país si fueran extranjeros. Asimismo, no deben recibir otros programas de asistencia no contributiva o asignaciones familiares contributivas, y ser desocupados, trabajadores de temporada, monotributistas sociales, trabajadores no registrados o empleadas domésticas cuyos ingresos no superan el salario mínimo vital y móvil. La modalidad de pago de la AUH se ajusta al cumplimiento por parte de los padres de ciertos requisitos que actúan como incentivos para la inversión en el capital humano de sus hijos (fundamentalmente, educación y salud). El 80% de la contribución económica es abonado de manera mensual y el 20% restante es acumulado y abonado anualmente cuando se demuestre que el niño/a concurrió a la escuela durante el ciclo escolar y cumplió con los controles sanitarios y el plan de vacunación.

[26] En la AUHPS se prioriza la titularidad femenina y, si bien en el DNU no se establecen los fundamentos de esta elección, generalmente la misma se sustenta en los argumentos que sostiene que este diseño propicia el empoderamiento femenino; a su vez supone que la mujer haga un mejor uso de la prestación en favor de los hijos, al tiempo que se sostiene que son ellas quienes resultan más vulnerables en el mercado de empleo. La AUHPS abona hasta el quinto hijo/a.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

la asistencia escolar y la realización de controles de salud de los niños)[27]. El Estado se transforma en una serie nuevos interrogantes que van desde su accionar hasta las representaciones sociales que se construyen como hacedor y articulador de políticas sociales.

Lo Vuolo (2010), manifiesta que el proceso que llevó a la institucionalización de la AUPHPS llegó al ámbito político impulsada desde el ámbito académico, a partir del reclamo y participación de movimientos sociales y de diversas organizaciones independientes. Se promueve así un proceso de debate y argumentación sobre temas estructurales que, más allá de las posiciones a favor y en contra, toman estado público. La forma que adopta la propuesta muestra las posiciones de los grupos de interés y la dinámica del proceso político.

Se puede observar la construcción de nuevas prácticas sociales como nuevo espacio de las Instituciones, las políticas sociales, las minorías y el orden jurídico, y como estas traspasan el tema de la salud y el cuidado, pero al mismo tiempo lo revalorizan y como el sentido común participa e incide en estos temas. En el año 2013, esta política que está orientada a los hijos de los trabajadores no registrados y temporarios, desocupados, personal de servicio doméstico y monotributistas sociales, junto a los hijos de quienes cobran asignaciones familiares (empleo formal) daban como resultado una cobertura del 84% de la población objetivo.

La política intenta asegurar un ingreso universal a la niñez teniendo en cuenta que en Argentina subsisten situaciones de exclusión en diversos sectores de la población que resulta necesario atender. Apunta a poner un pie de igualdad a los menores cuyos padres se encuentran desocupados o en situaciones laborables precarias respecto aquellos que tienen empleo formal (Agis, Cañete, & Demian, 2010).

A nivel nacional, todos los indicadores e investigaciones disponibles hasta el momento señalan que la AUPHPS ha tenido consecuencias rápidas y masivas en el mejoramiento de la calidad de vida, impactando directamente en la disminución de los índices de pobreza e indigencia, así como también en un achicamiento de la brecha de la

[27] Para verificar y controlar el cumplimiento de estos requisitos se implementó y emitió la Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación para cada uno de los niño/as (más de 3,5 millones de libretas), en la cual constan los datos del titular del beneficio, una declaración jurada sobre su situación laboral y el ingreso percibido. Es de señalar que la libreta es un instrumento legal donde deberá acreditarse el cumplimiento de los requisitos, certificados por los responsables, tanto del médico en el caso de la vacunación y del control sanitario, como del docente directivo de la escuela a la que concurre el niño/a para el cumplimiento de la escolarización.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

desigualdad, produciendo un impacto relevante en la expansión de la matrícula educativa y en el mejoramiento de las condiciones de salud[28].

Las condicionalidades[29] de la política social AUPHPS, relacionadas a la demostración de prácticas asociadas al ejercicio de derechos sociales como la salud, tendría como propósito la expansión de los mismos. La perspectiva mundial de la ciudadanía infantil que introduce la Convención por los Derechos de los Niños[30], marca la necesidad del trabajo en pos de garantizar los derechos de la niñez[31].

En la AUPHPS se prioriza la titularidad femenina y, si bien en el DNU[32] no se establecen los fundamentos de esta elección, generalmente la misma se sustenta en los argumentos que sostiene que este diseño propicia el empoderamiento femenino; a su vez supone que la mujer haga un mejor uso de la prestación en favor de los hijos, al tiempo que se sostiene que son ellas quienes resultan más vulnerables en el mercado de empleo.

El repaso de los distintos momentos históricos no es ocioso, nos permite reconocer los diseños de políticas públicas en el campo de la salud y el cuidado, y nos acerca al impacto de las prácticas cotidiana de salud y cuidado y la percepción de las mismas luego de la implementación de la AUPHPS. Entonces: ¿Cómo perciben los sujetos sociales a la salud y al cuidado? ¿Se forma individual o socialmente? ¿Cómo incide esta percepción sobre sus conductas cotidianas?

---

[28] La AUPHPS, requiere de parte de los destinatarios que los niños menores de 18 años acrediten el cumplimiento de los controles médicos, del plan de vacunación obligatorio y la incorporación en el Plan Nacer del Ministerio de Salud de la Nación (dirigido a niños/as de 0 a 6 años de edad).

[29] Para verificar y controlar el cumplimiento de estos requisitos se implementó y emitió la Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación para cada uno de los niño/as (más de 3,5 millones de libretas), en la cual constan los datos del titular del beneficio, una declaración jurada sobre su situación laboral y el ingreso percibido. Es de señalar que la libreta es un instrumento legal donde deberá acreditarse el cumplimiento de los requisitos, certificados por los responsables, tanto del médico en el caso de la vacunación y del control sanitario, como del docente directivo de la escuela a la que concurre el niño/a para el cumplimiento de la escolarización. Es muy importante la existencia de la libreta ya que permite un seguimiento individualizado de los niños/as beneficiarios de la AUH, instrumento importante que permitirá el seguimiento eficaz de la historia del niño/a y adolescente (ANSES, 2011).

[30] Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 20 de noviembre de 1989.

[31] La Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (Ley 26.061).
Sancionada en septiembre de 2005, tuvo por objeto la protección integral de las niñas y niños argentinos, para garantizar el ejercicio y el disfrute, pleno, efectivo y permanente de aquellos derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional. En la misma se reconoce a los niños, niñas y adolescentes como ciudadanos, sujetos de derechos; siendo los adultos, ya sean del medio familiar, comunitario y del Estado, los responsables de su cumplimiento**.**
La nueva ley plantea una intervención integral que apunte al fortalecimiento del grupo familiar, al acompañamiento a los padres en la función de crianza si así lo requirieren, asumiendo el Estado el compromiso de facilitar su acceso a programas que le permitan satisfacer necesidades esenciales y es clara en cuanto al compromiso del mismo respecto al derecho de la niñez a la atención de su desarrollo integral.

[32] Decreto de Necesidad de Urgencia

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

La tensión entre las políticas y las prácticas cotidianas de las mujeres evidencia, según Valobra y Ramacciotti (2004), la necesidad de facilitar nuevas estrategias en relación con la infancia, el verdadero sujeto de interés de las políticas públicas en relación con la maternidad. Se fundamentan en argumentos científicos, derechos humanos, equidad social, éticos, políticos, económicos, demográficos y morales que justifican su tratamiento (UNICEF, 2012; Alegre, S., 2013). Históricamente el cuidado de los niños ha sido asumido por las mujeres-madres. Se hace necesario rescatar el rol protagónico de las madres y la reconfiguración del espacio comunitario como ámbito de cuidado infantil. Zibecchi, C (2012) manifiesta que es un punto de encuentro entre *"factores estructurales (demanda urgente de cuidados en contextos de carencia) y subjetivos (las mujeres son portadoras de atributos y disposiciones que son favorablemente valorados) . . .el cuidado hacia la otra marca sus trayectorias previas y permite que sean portadoras de un "saber" que es ampliamente valorado en el campo comunitario y garantiza su acceso y permanencia. . .."*.

A los fines del estudio es importante señalar qué se entiende por niño y para ello se toma el Artículo 1º de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que considera *"niño a todo menor de dieciocho años. De conformidad con la reserva argentina, para nuestro país debe entenderse que es niño toda persona desde el momento de la concepción en el seno materno hasta los 18 años". Así lo establece nuestro Código Civil, aun cuando el tope de 18 años, no se corresponde con lo establecido en nuestra Legislación 21 años…"*

Este cambio de paradigma que confirma una cultura de derecho implica repensar la relación entre el Estado y la niñez, con lleva una a nueva institucionalidad, para lo cual deben examinarse críticamente las prácticas sociales, dado que una legislación no es suficiente para transformar la cotidianeidad.

1.6. Universalidad de los derechos (como cambio de paradigma): *La política de protección social* prioriza la cobertura de aquellos ciudadanos que se encuentran en un estado de vulnerabilidad y exclusión, siendo la promotora de oportunidades de inclusión y facilitadora de la cohesión social. (Bertranou, 2010).

Lograr identificar desde las propias voces de los sujetos sociales que intervienen en la política, las percepciones en el campo de la salud y el cuidado pueden favorecer la búsqueda de elementos facilitadores para tener en cuenta a la hora de implementar estrategias destinadas a profundizar el alcance de las acciones en el campo de la salud.

Este trabajo se inscribe en una extensa tradición de autores que destacan que la participación comunitaria refleja valores culturales e intereses locales (pertenencia) donde la comunidad se apropia de las acciones y desarrolla prácticas para mejorar su estado de

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

salud, conformando la clave del éxito en la génesis de las políticas sociales (Marcchione, 1999; Rosenfeld, 2005).

Los análisis sobre la participación comunitaria, también destacan que la mayoría de las personas siguen pensándose como individuos aislados (partículas elementales) y no como parte de múltiples redes de interacciones: familiares, de amistad, laborales, recreativas, políticas (formales: ser miembro de un partido; informales: ser votantes, simpatizantes de una organización), culturales (haber permanecido o participar de una institución cultural o educativa), informativas (ser lectores, escritores o productores en un medio de comunicación), etc. Sin embargo, la múltiple inscripción de los sujetos en diferentes espacios y situaciones, los constituyen a través de un devenir de interacciones. Las nociones de historia y vínculos son los pilares fundamentales en la construcción de la subjetividad de los mismos[33].

El hombre constituye un ser social que obtiene ayuda emocional, afectiva, instrumental, o económica de la red social en la que se encuentra inmerso. En especial, como plantean Coira Fernández y Bailon Muñoz (2014), el apoyo social recibido repercute positivamente en los procesos relacionados con la salud y la enfermedad pues los grupos pueden compartir saberes y pautas de la salud y el cuidado, así como recibir respaldo de otras personas al estar expuestos a problemas comunes. En esta línea de pensamiento, el sujeto social es concebido como protagonista, dotado de derechos que reclama justicia y equidad para acceder al cuidado de su salud. También nos permite comprender cómo los sujetos sociales participan activamente en la promoción y el desarrollo de prácticas cotidianas que prodigan cuidado. En este marco, el cuidado involucra la relación dialógica de los seres humanos consigo mismos, con sus cuerpos y con el entorno en el cual realizan sus actividades diarias. A partir de esta perspectiva teórica se hace necesario conocer el territorio donde se desarrolla la vida cotidiana de los sujetos sociales con los que trabajaremos y donde se concretan las interacciones y las relaciones intersubjetivas que posibilitan la construcción del conocimiento socialmente construido con respecto al mantenimiento y al cuidado de la salud.

[33] De Martinelli, G.; Arce, L.; Gille, L.; Ponencia: “El cuidado de la Salud en la infancia: reconocimiento de derechos y ciudadanía”. En Iº Simposio Internacional del Observatorio de la Discapacidad. Perspectivas y retrospectivas en torno a la discapacidad y las ciencias sociales, Carácter Internacional, UNQ, Bernal. Mes de Setiembre.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

CAPITULO II: Abordaje teórico, estratégico y metodológico para el análisis de tensiones, disputas y negociaciones en relación a la implementación de la AUPHPS

2.1. Representaciones Sociales y prácticas en el campo de la Salud y el Cuidado: Cada sujeto social forma su propia opinión y elabora una particular visión de la realidad sin que esto signifique que dicha elaboración constituya un proceso individual e idiosincrásico. La realidad de la vida cotidiana es una construcción intersubjetiva, un mundo compartido y que supone procesos de interacción y comunicación mediante los cuales los sujetos sociales comparten y experimentan con otros. En esta construcción, la posición social, así como el lenguaje juegan un papel decisivo al posibilitar la acumulación o el acopio social del conocimiento que se transmite de generación en generación. El medio cultural en que viven los sujetos sociales, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad social.

Los sujetos sociales construyen permanentemente la realidad, mediante la negociación y la interacción (Ibañez, 1988). Para Berger y Luckmann (1991), la construcción social de la realidad se refiere a la tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. Las personas aprehenden la vida cotidiana como una realidad ordenada, es decir, las personas perciben la realidad como independiente de su propia aprehensión, apareciendo ante ellas objetivada y como algo que se les impone. El mundo de la vida cotidiana es aquel que se da por establecido como realidad. El sentido común que lo constituye se presenta como la realidad, logrando de esta manera imponerse sobre la conciencia de las personas pues se les presenta como una realidad ordenada y objetivada.

En el año 1961, Serge Moscovici, quien retoma el concepto de representaciones colectivas de Emile Durkheim (1895), propone el concepto de representación social y desde entonces, se ha pasado de la elaboración del concepto a un desarrollo de la teoría que ha atravesado a las ciencias sociales, pues constituye una nueva unidad de enfoque que unifica y compone lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción. Brinda un marco hermenéutico sobre los comportamientos de los sujetos sociales estudiados y que no solo se circunscribe a los sucesos particulares de la interacción, sino que trasciende al marco cultural y a las estructuras sociales como, por ejemplo, las estructuras de poder y de subordinación.

Denise Jodelet una de las primeras investigadoras en el área, enfatiza la idea de las practicas, señalando que las representaciones sociales atraviesan el sentido común del sujeto, elaborado y delimitado por su historia personal, contexto y valores heredados favoreciendo los procesos de pensamiento social que estructuran las formas de

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

comunicación y las conductas en medios grupales. Estas conductas son las prácticas. Los cambios en las prácticas cotidianas conducen a la introducción de nuevas representaciones.

Como afirma Pereyra de Sá (1998) es un producto social, una interpretación, la construcción de la realidad por un determinado grupo conducido por un proceso socio-histórico-cultural que se transforma constantemente acompañando los cambios del contexto socio-ideológico que envuelve un determinado grupo Los cambios en las prácticas cotidianas conducen a la introducción de nuevas representaciones.

Las prácticas de los sujetos sociales son heredadas de la cultura reinante en una sociedad, especialmente de las comunidades que la integran.

La Teoría de las Representaciones Sociales nos permitirá conocer *"por un lado lo que piensa la gente, y cómo llega a pensar así, y, por otro lado, la manera en que los individuos construyen conjuntamente su realidad, y al hacerlo, se construyen a sí mismos"* (Banchs, 2007). En todo caso, representar es, en el sentido estricto de la palabra, volver a presentar, o sea, reproducir. Esta reproducción siempre es subjetiva. Conocer, desentrañar y cuestionar el núcleo figurativo de una Representación Social en el campo de la salud y el cuidado, alrededor del cual se articulan creencias ideologizadas, constituye un paso significativo para la modificación de una representación y por ende de una práctica social. (Banchs, 1991).

E. Abric (1994) dice que para entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, se debe observar la representación, el discurso y la práctica de los sujetos sociales, ya que estas se generan mutuamente.

Por otro lado, y en relación con las instituciones, debemos comprender que las configuraciones de las representaciones sociales en el campo de la salud y el cuidado son el resultado de las relaciones que se establecen entre los sujetos sociales y el Estado, los sujetos sociales entre sí y los sujetos sociales y las Instituciones.

Conocer las representaciones sociales en el campo de la salud y el cuidado a partir de esta política pública, constituye un recurso viable parar aprender las formas y los contenidos de la construcción individual como colectiva de la realidad, pues permite comprender el punto de vista de los sujetos sociales, en el marco de un contexto social histórico y cultural. En todo caso, se intenta describir los sentidos que los sujetos producen históricamente y como esto contribuye al posicionamiento político de los mismos y a la conformación de sujetos colectivos acorde a los tiempos actuales. Esta nueva visión, a través de la política que busca un país más igualitario, junto a otras que, buscan la generación de puestos de trabajo, las jubilaciones para aquellos que no la tenían, conectar igualdad, entre otras, nos permite visualizar y considerar a los niños/as y adolescentes

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

como sujetos de derecho, sujetos que pueden y que poseen habilidades y potencias para desarrollarlas.

Foucault (1973) nos dice que, en toda sociedad "*las relaciones de poder múltiples atraviesan, caracterizan, constituyen el cuerpo social; y estas relaciones de poder no pueden disociarse, ni establecerse, ni funcionar sin una producción, una acumulación, una circulación, un funcionamiento del discurso. No hay ejercicio de poder posible sin una cierta economía de los discursos de verdad, que funcionan en y a partir de esta pareja. Estamos sometidos a la producción de la verdad desde el poder y no podemos ejercitar el poder más que a través de la producción de la verdad".*

El campo de la salud y el cuidado se presenta como un espacio de interacciones entre lo público y lo privado. Es tanto un producto como un proceso de una elaboración psicológica y social (Jodelet, 1984). Es esta doble inscripción entre lo público y lo privado, entre el proceso y el producto y entre la elaboración psicológica y social, es lo que vuelve a la salud un fenómeno dinámico y complejo.

Entonces, las Representaciones Sociales están siempre referidas a un objeto, no hay representación en abstracto, para ser social siempre deben representar algo. Resultan por tanto de una actividad constructora de la realidad (simbolización) y también de una actividad expresiva (interpretación). Adquieren forma de modelos que se superponen a los objetos, los hace visibles y legibles, e implican elementos lingüísticos, conductuales o materiales. Tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto. Son una forma de conocimiento práctico, que conducen a preguntarse por los marcos sociales de su génesis y por su función social en la relación con los otros en la vida cotidiana. Tienen además carácter constructivo, autónomo y creativo.

2.2. Participación y construcción social en el territorio: re significación de los sujetos sociales: Las personas conocen la realidad que las rodea mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Quienes participan, se sienten alentados para ajustar su visión de la realidad, cambiar sus valores, como resultado del proceso de la persuasión recíproca, siendo necesario un proceso comunicacional que busque convencer a otros. El comportamiento de los distintos sujetos sociales en las arenas de negociación y en el diseño del proyecto se interpreta como el resultado de sus intereses, incentivos y recursos, las expectativas respecto a las acciones del resto de los actores, el funcionamiento de las instituciones políticas y las reglas institucionales básicas[34]. La

[34] Chardon, Ma. C.; Arce, L.; (2009) "Saberes y Vida Cotidiana. Algunas conceptualizaciones sobre participación". En I Congreso de la Universidad Pública "Pensar la Educación Superior en

participación se concibe como efectiva o emancipadora y tiene como objetivo manifiesto potenciar la capacidad transformadora y movilizadora a través de la cual la población toma conciencia de las problemáticas en el campo de la salud y el cuidado. Esta participación de los sujetos sociales se puede ejercer cuando todas las personas gozan de ciertos prerrequisitos sociales y económicos, cuando impera el Estado de derecho y los poderes públicos están dispuestos y son capaces de proteger los derechos (Przeworski, 1998).

Sirvent (1999) afirma que *"la participación en las decisiones que afectan la vida cotidiana es una necesidad humana, que no puede no ser reconocida como tal por individuos o grupos".* Sostiene que la participación real implica la necesidad de cambios profundos en las estructuras de poder y se da *"cuando los miembros de una institución o grupos influyen efectivamente sobre todos los procesos de la vida institucional y sobre la naturaleza de las decisiones."*

El sujeto social participa de acuerdo con sus intereses, promoviendo un cambio a través de prácticas facilitadoras en la construcción de un espacio propio (Rosenfeld; 2005). Es importante el debate entre las partes que intervienen en las políticas (Sarmiento; 2005). Cobra relevancia reflexionar sobre la creación de las bases donde operarán las políticas sociales que incluyan a la sociedad civil (Mussetta; 2006). Las prácticas de la salud y el cuidado nos plantean considerar quiénes son los sujetos sociales que intervienen y participaron de la propuesta (trabajadores de la salud, beneficiarios, instituciones de salud, redes, etc.).

Para interpretar las interacciones que se establecen entre los sujetos sociales involucrados, se debe comprender los roles que cada uno desempeña, los intereses que los movilizan, las capacidades que poseen y las preferencias y expectativas que tienen del posible comportamiento del resto de los participantes. Asimismo, analizar el proceso de construcción de nuevas percepciones en el campo de la salud y el cuidado a partir de la implementación de la AUPHPS, nos permitirá observar como la representación es construida en la relación del sujeto con el objeto representado, siendo imposible comprenderlo como un proceso cognitivo individual, ya que es producido en el intercambio de las relaciones y comunicaciones sociales (Markova, 2003).

Entonces, si consideramos que las Representaciones Sociales guían las acciones:

- ¿Cuáles son las percepciones de salud de la política social AUPHPS de las madres y de los profesionales de la salud en el Municipio de Quilmes?
- ¿Qué cambios perciben en las prácticas de salud de los beneficiarios a partir de su implementación?

---

el marco del Bicentenario". UADER (Universidad Autónoma de Entre Ríos), Carácter Nacional. Paraná, Entre Ríos, 14, 15 y 16 de Octubre.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

El presente trabajo, implica el desafío de crear nuevas experiencias, con nuevas visiones sobre quiénes y cómo son los sujetos, visualizando factores actitudinales y de comportamiento, reconociendo normativas para el cambio de hábitos, la reducción de factores de riesgo, la detección de enfermedades, enfatizando cambios en las condiciones de vida, y en los problemas de salud subyacentes, como consecuencia de la interacción de los individuos y grupos con su ambiente físico, social, cultural y económico.

Es fundamental considerar a la participación de la comunidad apropiándose de su salud, es decir, que esta se transforma en rehabilitadora, teniendo como valor principal el de la vida, el derecho a la salud, respetando y aceptando las diferencias, como forma de integración de todo aquello que una sociedad considere diferente.

Teniendo reparo en el tiempo transcurrido desde la puesta en marcha de la política, partimos de entender que hoy la AUPHPS está configurando muchas de las prácticas de salud y cuidado en la vida cotidiana.

2.3. La Asignación Universal Por Hijo Para la Protección Social: construcción e identificación de los sujetos sociales incluidos en la política social: El campo de la salud y el cuidado se ha constituido, en las últimas décadas, en un escenario prolífico respecto a la producción académica a partir del planteo de nuevos interrogantes que incorporan diferentes planos y dimensiones de observación. Dentro de este espacio de estudios, la AUPHPS, se constituye en una suerte de contracara de lo que tradicionalmente se observaba en la sociedad argentina, en donde los derechos asociados a la inclusión social se materializaban a través del mercado de trabajo formal.

La transformación en las formas en las que se expresa los derechos de las personas implica revisar el modo en que se producen las transformaciones en el estatus relacionado con el carácter de ciudadano y las formas en las que se expresan las representaciones sociales que se generan en torno a la AUPHPS. Con respecto a ello, retomando la definición de Jodelet (1984), consideramos necesarios analizar abordad los *"diversos productos mentales y culturales como creencias, valores, normas, opiniones, imágenes, etc., dado que el estudio de una representación social debe siempre buscar la complejidad del objeto en cuestión, adoptando por tanto diferentes técnicas y estrategias metodológicas para captar las diferentes dimensiones de la representación"* (Jodelet, 1984). Desde esta perspectiva, nos interesa conocer el alcance de las representaciones sociales en la generación de cambios en las nociones de salud, dada la contraprestación obligatoria que requiere.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

Particularmente, centraremos este trabajo en el Municipio de Quilmes, caracterizado por poseer altos niveles de heterogeneidad social[35]. Podemos observar que no solo expande las prestaciones en salud para la niñez y adolescencia ampliando la cobertura de los beneficiarios, sino también modifica las prácticas cotidianas de los sujetos involucrados a partir de esta política pública, generando puntos de tensión, disputas y reconfiguraciones en las propias prácticas que asumen los sujetos sociales. Estos sujetos enunciados son las madres de los beneficiarios y los profesionales de la salud de unidades sanitarias, en tanto los primeros constituyen los principales destinatarios de esta política social, mientras los segundos se incorporan al programa como sujetos facilitadores de la misma.

Entonces, los tópicos que se abordan en este trabajo se plantean analizar cómo se construyen las percepciones sobre la salud y el cuidado en las madres y los profesionales de la salud de unidades sanitarias a partir de la implementación de la AUPHPS[36]. Este es nuestro principal interrogante, a partir del cual buscaremos conocer qué tipo de respuestas construyen los distintos sujetos y hasta dónde las distintas prácticas relacionadas con la salud y el cuidado conforman campos con identidades propias, tal como se verá en el siguiente apartado.

Se intentará generar una reflexión teórica y metodológica sobre la relación entre salud, cuidado, políticas públicas y sujetos sociales, a través del análisis de una experiencia concreta. Dentro de este campo de estudios han comenzado a priorizarse el lugar que ocupan los procesos sociales y culturales en la definición, implementación y continuidad de las políticas públicas, pero también con relación a otras estrategias de intervención.

---

[35] Los datos del Censo Social realizado en el año 2010, dan cuenta del relevamiento de 101.028 personas, que viven en el Municipio de Quilmes, de las cuales el 45% son menores de 18 años. Hay 45.563 niños, niñas y adolescentes. Asimismo, permite observar que 19.133 hogares (82.339 personas) viven en el Municipio con sus NBI. El indicador NBI mide específicamente pobreza estructural. Un poco más de dos tercios (65,8%) de la población en situación de vulnerabilidad social son potenciales usuarios del sistema público de salud ya que manifiestan no disponer de una cobertura de salud de obra social o servicio médico de Prepaga. Esto se explica, por el tipo de inserción laboral precaria e informal, que carece de protección social como así los niveles de desempleo. El 25,5% de los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social viven en un hogar con un clima educativo bajo, es decir, los adultos que integran estos hogares no han alcanzado en promedio 7 años de escolaridad.

[36] En la AUPHPS se prioriza la titularidad femenina y, si bien en el DNU no se establecen los fundamentos de esta elección, generalmente la misma se sustenta en los argumentos que sostiene que este diseño propicia el empoderamiento femenino; a su vez supone que la mujer haga un mejor uso de la prestación en favor de los hijos, al tiempo que se sostiene que son ellas quienes resultan más vulnerables en el mercado de empleo. La AUH abona hasta el quinto hijo/a. Un informe de ANSES señala que el 60% de los niños que perciben la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUPHPS) tienen entre cinco y 14 años. Esto les garantiza la escolarización y los controles de salud y de vacunación.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

2.4. Una descripción sobre el territorio en donde se inscribe la investigación: Los municipios que se encuentran en el segundo cordón del conurbano bonaerense comparten problemáticas sociales, culturales y territoriales. Si bien se cuenta con algunos datos estadísticos sobre el impacto de las AUPHPS, no existen trabajos previos sobre el proceso de las representaciones sociales en la salud y el cuidado con respecto a esta política en los beneficiarios y profesionales de la salud de unidades asistenciales del Municipio de Quilmes.

Centrar el análisis en cómo se construyen las percepciones en los sujetos sociales enunciados a partir de la implementación de la política pública AUPHPS, implica la consideración de los desafíos y las tensiones que se producen en el territorio y como estas los condicionan. A su vez, nos permitirá reconocer los modos y proceso de constitución del pensamiento social a través del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social (en este caso particular, en madres de los beneficiarios y profesionales de la salud de unidades asistenciales del Municipio de Quilmes). La forma que adopta la propuesta muestra las posiciones de los grupos de interés y la dinámica del proceso político.

El municipio de Quilmes está ubicado en el 2º cordón del conurbano sur del Gran Buenos Aires, ocupa una superficie de 125 km2 y tiene una población de 580.829 habitantes[37]. La población del municipio de Quilmes cuenta con una estructura por edad joven que presenta un incipiente achicamiento en la base, existiendo 21.323 hogares con *al menos una necesidad básica insatisfecha*, esto es, el 15% del total de hogares[38]. En este sentido, más allá de la sensibilidad de lo técnico, de las posturas y habilidades del etnógrafo, que inciden en los resultados, en el estudio específico de la ciudad, la etnografía tiene un carácter histórico-espacial concreto. Quilmes es un distrito situado en el sur del Gran Buenos Aires, que presenta un claro grado de segregación espacial donde se concentran hogares de ingresos medio-altos y altos, barrios en los que predominan las clases medias, áreas periféricas degradadas donde habitan sectores de bajos recursos, y bolsones de pobreza estructural.

En el año 2008 se inicia un proceso de construcción de un sistema público a nivel local para garantizar el cumplimiento de los derechos de la infancia y adolescencia.

Surge así la iniciativa de establecer los medios para asegurar el goce de los derechos reconocidos en la AUPHPS, articulados con las realidades sociales, económicas y demográficas del territorio. Esta articulación genera interrogantes cuyas respuestas a futuro, nos brindarán datos para analizar la implementación de la AUPHPS, en la

[37] Fuentes: INDEC, *¿Qué es el Gran Buenos Aires?*, Bs. As., 2005: 2ª ed.rev.; INDEC, *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultados provisorios*; para la superficie: INDEC, *Censo de Población, Hogares y Viviendas 2001*.

[38] Fuente: CNPV, 2001.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

interacción cara a cara con los sujetos sociales que intervienen y donde la política cobra carnalidad y asume matices únicos, que aportan la riqueza propia de las dinámicas sociales. Además, nos permitirá profundizar nuestros conocimientos sobre las prácticas y sentidos que operan en las intervenciones cotidianas de los distintos actores involucrados con la implementación de la política a nivel local.

Dentro de este campo han comenzado a priorizarse el lugar que ocupan los procesos sociales y culturales en la definición, implementación y continuidad de las políticas públicas, pero también con relación a otras estrategias de intervención.

- ¿Quiénes son los sujetos sociales beneficiarios de esta política?

Realizando una breve reseña histórica que matiza los hechos actuales, se puede destacar que, en la provincia de Tucumán, los valles Calchaquíes servían de albergue a un pueblo que, pese al paso del tiempo, sobrevivió con el nombre de "Quilmes". Su espíritu guerrero les impidió mantener una convivencia pacífica con otros grupos vecinos. Cuando desembarcaron los europeos, los Quilmes no quisieron someterse a sus "conquistadores" y desde el año 1530 se desató una guerra que se prolongó por 130 años. Finalmente, fueron doblegados, y a las familias que quedaron, se las obligó a caminar hasta Buenos Aires, asentándose en la ribera del Río de la Plata, Quilmes. Por orgullo, la mitad se suicidó en el camino, y el resto con el correr del tiempo se extinguió como pueblo[39]. En análoga la situación de vulnerabilidad de aquellos primeros habitantes, los indios calchaquíes, y los habitantes contemporáneos, la gente del interior del país, o de países limítrofes y sus hijos que formaron parte de las migraciones para conseguir un lugar digno y un trabajo que les permita vivir. Ambas poblaciones comparten rasgos comunes: el desarraigo y la lucha. Sabemos que el desarraigo provoca mayor grado de vulnerabilidad en las personas que lo padecen, quedando expuestos a la Institución legitimada de turno (Arce, L.; Chardon, Ma. C.2010). El desarrollo avanza según una lógica territorial y se orienta a responder a necesidades básicas de las comunidades locales (participación en las Comunidades Eclesiales de base de la Iglesia Católica con una clara tendencia tercermundista; toma de tierras y construcción de barrios a partir de la formación de asentamientos en tierras no aptas para ser habitadas; participación en los centros de alfabetización, en las diversas asociaciones de vecinos para llevar adelante las luchas por las mejoras en los barrios, pintar la escuela, armar comedores comunitarios, organizarse en contra del “paco”, participación en unidades básicas o grupos políticos en diversas etapas.) creando una forma de vivir colectivamente en las diversas actividades.

[39]Arce, Liliana; Chardon, Ma. Cristina. (2010) “Voluntariado Universitario: Formando Profesionales con Compromiso Social”. En Chile 2010 – WOFT (World Federation of Ocupational Therapists / Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales) XV Congreso de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales: “Ocupación desde Latinoamérica”. Carácter Internacional. Santiago de Chile, Chile, 5, 6, 7, 8 y 9 de mayo

Según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda (2010), los 580.829 habitantes, se distribuían en 187.387 hogares y 101.028 personas relevadas vivían en las zonas de villas, asentamientos o viviendas en zonas precarias, es decir, el 17,4% de la población de Quilmes[40] se encuentra en situación de vulnerabilidad social. La distribución de la población en situación de vulnerabilidad social se caracteriza por una estructura más joven respecto a la media del Municipio. Esto se explica por una mayor participación de los niños, niñas y adolescentes al interior de la población en situación de vulnerabilidad social.

Desde el Municipio de Quilmes en el año 2008, se inicia un proceso de construcción de un sistema público a nivel municipal facilitando los medios para asegurar los derechos y garantías reconocidos en la AUPHPS, articulados con las realidades sociales, económicas, culturales y demográficas del territorio[41].

La Argentina ratificó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN), en el año 1999, que colocó en el centro de la escena la cuestión del sujeto y sus derechos asociados. A partir de este hecho, se ha desarrollado una larga lucha por la afirmación de los derechos de niños, niñas y adolescentes que lleva ya más de 20 años. La Convención significa no solo un punto de quiebre en términos como se entiende a la infancia (como concepto históricamente construido) sino también redefine la relación entre el Estado y la

[40] El 47% de la población relevada son niños, niñas y adolescentes, mientras que esta proporción se reduce al 34,4% en el Municipio. Según el Censo Social, el 38,5% de los jóvenes no estudian ni trabajan, extendiéndose al 54,3% de las mujeres "situación que se ha denominado como de 'domesticidad excluyente', en referencia a su escasa participación en ámbitos públicos, de carácter educativo o laboral[40]" Más crítica aún se presentaba la situación de los hogares que incluyen menores, los niveles de pobreza por ingresos ascendían al 50%, de los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social, es decir que, 22.634 menores de 18 años viven en hogares cuyos ingresos se encontraban por debajo de la línea de pobreza. Cabe destacar que al momento del Censo Social recién se estaba implementando la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social, por lo cual no se contempla el impacto de esta política en los datos relevados y aún hoy, no se cuenta con información al respecto. Entre el año 2009 y 2010, se realiza en el Municipio de Quilmes, el Censo Nacional de Población y Vivienda (2010)[40], siendo el principal objetivo del relevamiento, identificar los hogares en situación de vulnerabilidad social y recabar información estratégica que permita elaborar un Plan de Inversión Plurianual enfocado a solucionar los principales problemas sociales de Quilmes, mejorar las decisiones de políticas públicas, aumentar la eficiencia y la inversión social en cada barrio, careciendo en la actualidad de información sobre el impacto de la AUPHPS en la población quilmeña.

[41] Los datos del Censo Social realizado en el año 2010, dan cuenta del relevamiento de 101.028 personas, que viven en el Municipio de Quilmes, de las cuales el 45% son menores de 18 años. Hay 45.563 niños, niñas y adolescentes. Asimismo, permite observar que 19.133 hogares (82.339 personas) viven en el Municipio con sus NBI. El indicador NBI mide específicamente pobreza estructural. Un poco más de dos tercios (65,8%) de la población en situación de vulnerabilidad social son potenciales usuarios del sistema público de salud ya que manifiestan no disponer de una cobertura de salud de obra social o servicio médico de Prepaga. Esto se explica, por el tipo de inserción laboral precaria e informal, que carece de protección social como así los niveles de desempleo. El 25,5% de los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social viven en un hogar con un clima educativo bajo, es decir, los adultos que integran estos hogares no han alcanzado en promedio 7 años de escolaridad.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

infancia[42]. La infancia en la Argentina no solo se concentra con mayor densidad en los sectores sociales más pobres, sino que en estos lugares la proporción de niños/as en condiciones de pobreza es mayor que en los hogares y poblaciones de jóvenes, adultos y adultos mayores. Es una consecuencia de la alta natalidad que registran las familias pobres, el tamaño mayor de sus hogares y la superior proporción de adultos inactivos dedicados al cuidado de niños/as y otros miembros del hogar. Es la población más vulnerable a la pobreza (CEPAL, 2013). La pobreza infantil abarca tres dominios interrelacionados (Minujin, 2005), la privación, es decir la falta de condiciones y servicios materiales esenciales para el desarrollo; la exclusión, entendida como el resultado de procesos de desajuste, a través de los cuales la dignidad, la voz y los derechos de los niños son negados o sus existencias amenazadas; y la vulnerabilidad, que es definida como la ineficiencia de la sociedad de poder controlar amenazas existentes en sus entornos que atentan contra los niños.

La pobreza no se presenta de manera homogénea, en varias ocasiones se conjuga de manera perversa con desigualdades de género, etnia o clase lo cual amerita un reconocimiento diferencial para el abordaje de estas inequidades de orden histórico. Experimentar pobreza o indigencia durante la infancia y/o la adolescencia tiene consecuencias que se extienden en el tiempo y se inscriben en el cuerpo. La pobreza infantil supone un conjunto de adversidades que tienen impacto negativo en el presente, que siguen teniendo consecuencias negativas en el resto de la vida, y que se transmiten a las generaciones siguientes. La infancia es el período de la vida en que las personas desarrollan capacidades físicas, psíquicas, (cognitivas y emocionales) sociales y de aprendizaje.

La pobreza afecta a la niñez en forma particularmente severa, causa daños en el cuerpo y el cerebro de los niños, daños que perduran toda la vida. El ciclo de la pobreza se perpetúa de generación en generación. Por esa razón, la lucha contra la pobreza comienza con la infancia. Para romper ese ciclo; es decir, que para que los niños que viven en la pobreza no se conviertan en adultos pobres, es esencial que se provea a los niños con la correspondiente seguridad alimentaria, una vivienda digna, cobertura de salud, educación, servicios públicos básicos (por ejemplo, agua y servicios sanitarios) y con una voz en la comunidad. Los pequeños no son actores aislados y las políticas dirigidas a la infancia y adolescencia deben estar relacionadas con políticas orientadas a la mujer, familias y a la comunidad en general (Minujin, Delamónica, Davidziuk; 2006). Al interior de las zonas críticas (villas de emergencia, asentamiento, barrios radicados en suburbio y zonas contaminadas, etc.), los índices en relación con la salud ponen en

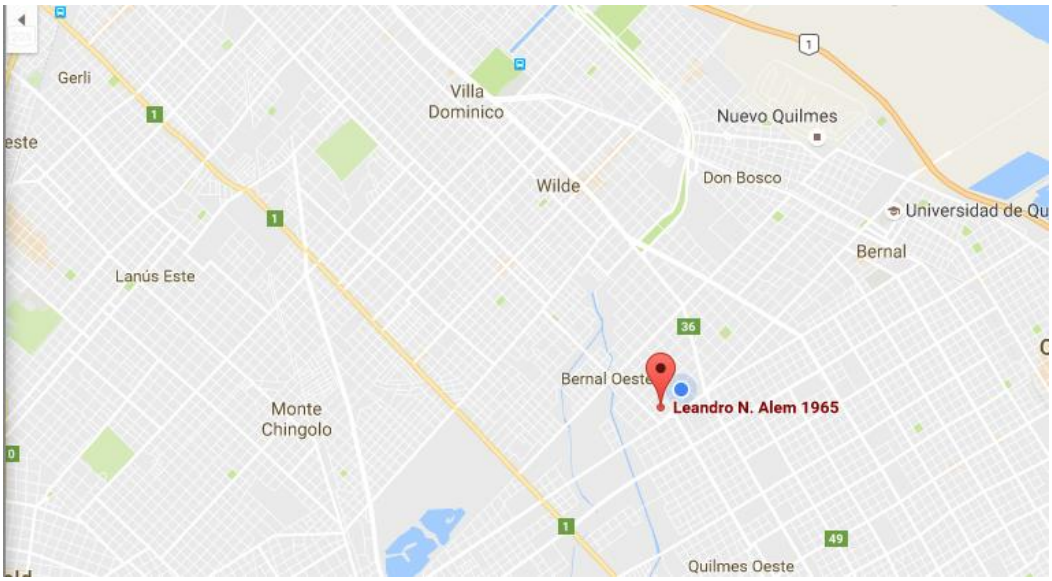
[42] Azzollini, S. y otros (2017) “Investigaciones en representaciones sociales en la Argentina”; Compiladores: Chardon, Ma. C., Munekian, N., Scag lia, H., Ed. de la Universidad Nacional de Quilmes. Bernal

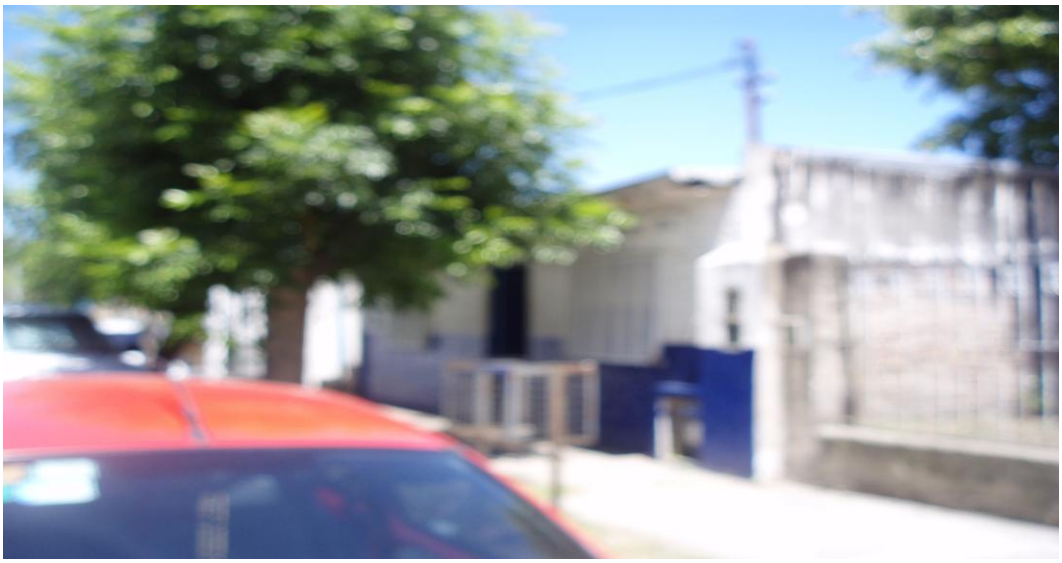
evidencia que 7 de cada 10 habitantes carece de cobertura médica, aunque se observan instituciones de atención primaria que, en líneas generales se encuentran ubicadas en su interior o en las inmediaciones.

Los profesionales de la salud que cumplen un rol facilitador en la implementación de la política son convocados para prestar la atención de los beneficiarios en las unidades asistenciales (CAPS, Centros de Atención Primaria de la Salud), Centros Integradores Comunitarios y en los operativos que se realizan en los barrios. Las madres deben concurrir con los niños/as para que los médicos les realicen los controles y/o apliquen las vacunas y lo certifiquen en el Formulario Libreta. Los profesionales reconocen la falta de personal y de infraestructura para prestar la demanda generada en los distintos centros de atención médica. A través del Estado y más allá de él, los profesionales de la salud pretendían impactar entre los beneficiarios y la opinión pública, modelar el sentido común de la población, de la gente e influir sobre sus prácticas cotidianas. Entre el Estado y la sociedad, entonces, los médicos se encontraron en ambos y en cada uno de sus lados" (Mari, 2004).

La elección de casos se ha organizado a partir del acercamiento a los sujetos sociales participes de la política social enunciados, concurrentes a las Unidades Asistenciales que a continuación se detallan:

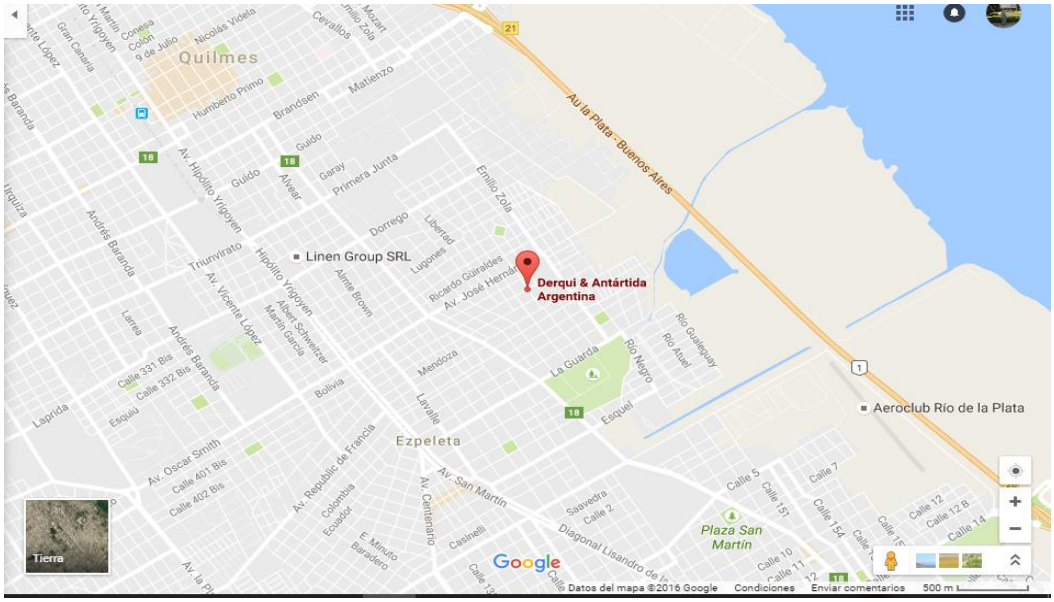
-Unidad Sanitaria Bernal Oeste, **L. N. Alem 1965, Bernal Oeste, Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS)**





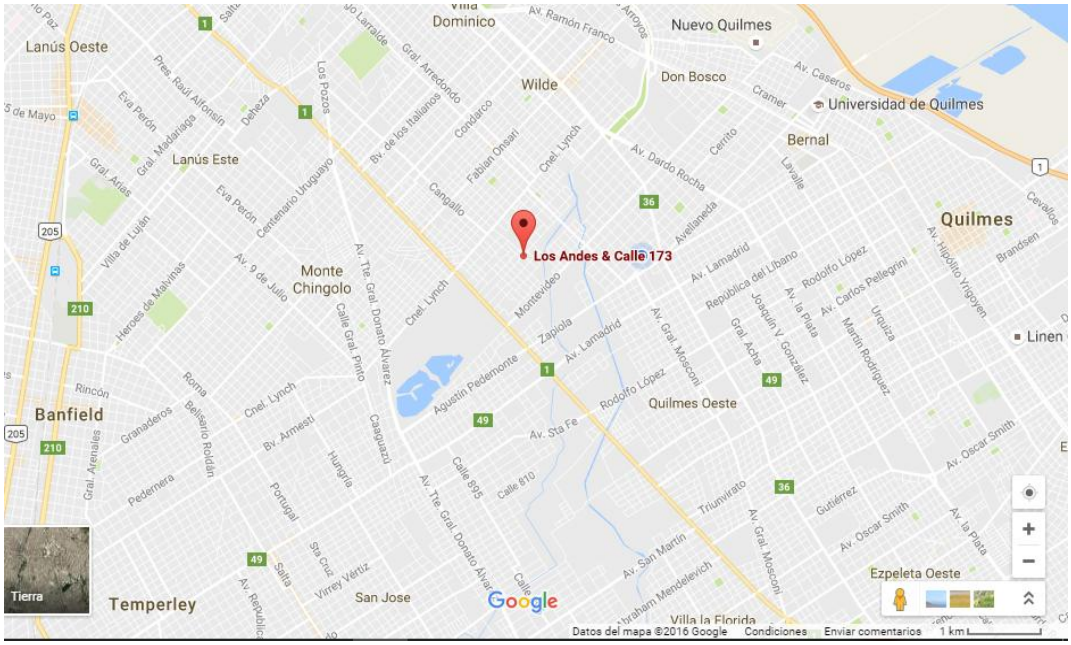
Fuente: relevamiento personal, junio de 2015.

-Unidad Sanitaria N.º 11, **Antártida Argentina 1275 y Derqui, Ezpeleta, Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS)**



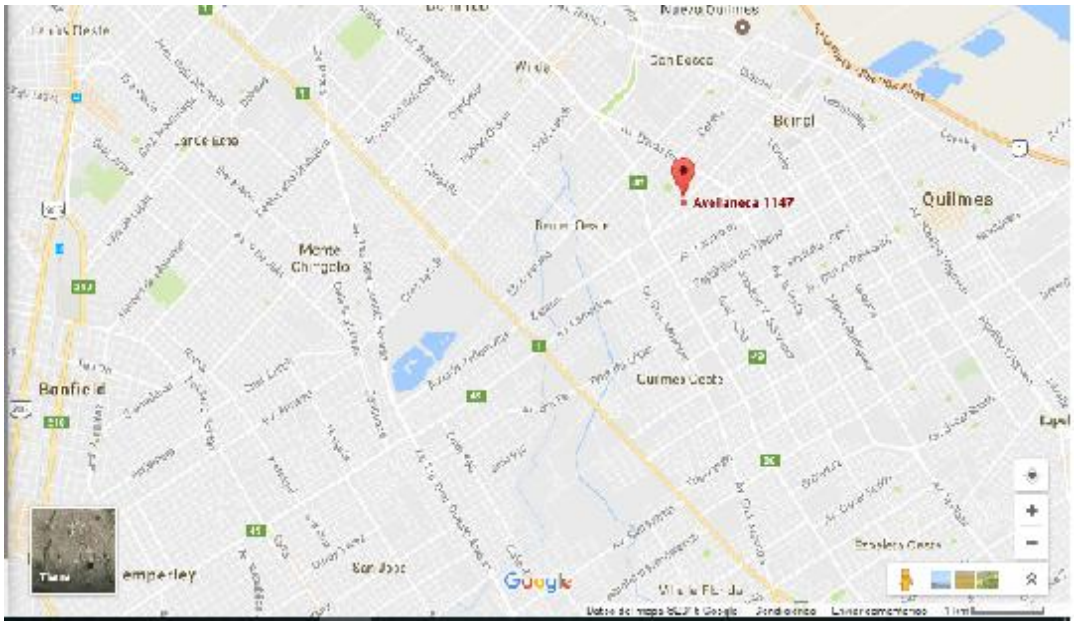
Fuente: relevamiento personal, junio de 2015.

***-CIC (Centro Integrador Comunitario) IAPI* (Ex Unidad Sanitaria N.º 3 Santa María), Los Andes entre 172 y 173, Bernal Oeste.**



Fuente: relevamiento personal, junio de 2015.

-Unidad Sanitaria N.º 9 "Pedro Elustondo", **Avellaneda 1147, Bernal, Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS).**



Fuente: relevamiento personal, junio de 2015.

2.5. Estrategia metodológica para el análisis de las percepciones y prácticas de la salud y el cuidado: Para Guber (1993), metodológicamente, investigador e informante, proceden de dos mundos distintos. La difícil construcción de la figura del rol de investigador es uno de los puntos más relevantes del trabajo de campo, pues es sólo a través de roles aceptados y visualizados que es posible la cooperación y el trabajo junto con los informantes. Descubre así la negociación que se opera entre el rol que el investigador se auto asigna y el que le asignan sus informantes. La resolución de esta relación es parte de la resolución de lo trabajado. Las prácticas de la salud y el cuidado cobran relevancia en los médicos y beneficiarios que intervienen en esta política, en el modo en que se evidencian las tensiones, las disputas y los desafíos en el territorio de estudio.

Para llevar adelante las actividades previstas, se abordó a la población objetivo con un enfoque etnográfico mediante la observación y entrevistas semiestructuradas, en función de los requerimientos específicos que resultan de los ámbitos de expresión de las representaciones sociales. La propuesta del presente trabajo, considerando la ausencia hasta la fecha de datos sobre el tema, es el de aportar algunas reflexiones desde el análisis de las percepciones de la salud y el cuidado que se fueron construyendo en las madres y en los profesionales de las unidades sanitarias sobre la AUPHPS. Además, desde el impacto que produce la AUPHPS, discernir si se produjeron cambios en el concepto de salud instituido hasta su implementación y luego de esta en el Municipio de Quilmes. Pereyra de Sà (1998), Marcová (1993), Berger y Lukmann (1991) coinciden y afirman que los fenómenos de representaciones sociales se presentan de diferentes

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

formas y siempre en constante modificación, direccionados y adaptados a los patrones sociales vigentes de la población.

El recorte geográfico por el que se ha optado para llevar a cabo el relevamiento empírico de la presente investigación, son tres unidades asistenciales o Centros de atención primaria de la salud y un Centro Integral Comunitario, ubicados dentro del Municipio de Quilmes. El mismo ha sido seleccionado teniendo en cuenta la situación socioeconómica vulnerable que atraviesa la mayor parte de la población que allí reside, y especialmente porque presenta un gran número de niños y adolescentes.

Este recorte ha permitido tener un acercamiento al problema de investigación, a los interrogantes enunciados, desde diferentes perspectivas que enriquecieron la información obtenida y el análisis posterior. Las propiedades de las categorías son modificadas por diversas condiciones y/o contextos (Ej.: la interacción entre paciente-enfermeros-centro de atención-hogar-clínicas-ambulancia-calle, etc.). Hemos incluido como principio de análisis el uso de un criterio de relevancia teórico que buscó controlar la construcción de datos (Glaser y Strauss, 1967)[43]. La implementación de un control teórico en la elección de los dos grupos de interés (médicos y beneficiarios) resulta una tarea compleja que requirió permanentemente de reflexión y análisis de las representaciones sociales de los distintos sujetos sobre la salud y el cuidado. En la categoría de médicos, se produce una reformulación del grupo original, incluyéndolo dentro de la categoría de "profesionales de la salud" que comparten con otros profesionales como "los enfermeros". Esta redefinición del grupo surge como consecuencia de revisar la definición del grupo de interés a partir del análisis de las entrevistas realizadas. La utilidad de comparar de un modo analítico las categorías y representaciones que cada grupo construye sobre la salud y el cuidado a partir de la implementación de la AUPHPS[44], se desarrolla de un modo flexible con el objetivo de buscar activamente los aspectos que permitieron hacer comparables, más allá de las posiciones socialmente diferenciadas, a ambos grupos de sujetos sociales, con la finalidad de superar las descripciones parciales de cada uno de ellos.

La elección de los sujetos que constituyen el objeto de investigación del presente trabajo se basa en un triple criterio: en primer lugar, de carácter teórico conceptual, en segundo orden metodológico, y finalmente empírico, vinculado el análisis en torno a la implementación de una política pública dirigida al campo de la salud y el cuidado.

[43] Glaser, B y Strauss, A., proponen la teoría fundamentada. Esta teoría contribuiría a cerrar la brecha entre la teoría y la investigación empírica. Al apoyarse teóricamente en el interaccionismo simbólico y en la sociología cualitativa, se constituiría en una alternativa a las teorías funcionalistas y estructuralistas. Se describe como un modo de hacer análisis.

[44] Es necesario aclarar que dichas categorías y representaciones no se hallaban presentes en los actores analizados, aunque de un modo parcial y asociado a otros núcleos de sentidos

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

A través de estos criterios ordenadores, la elección de los sujetos se planteó reconocer similitudes y diferencias en relación con el campo de la salud y el cuidado, así como también los espacios y prácticas en tensión, observando particularmente los conflictos y disputas asociadas a la implementación de la política.

Al inicio de la investigación, se plantearon una serie de categorías y conceptos que configuraron el espacio de análisis de forma provisoria, buscando identificar similitudes en las experiencias y representaciones sobre la salud y el cuidado en los sujetos sociales estudiados, considerando como eje principal la AUPHPS[45]. La decisión se justificó en buscar identificar el impacto que esta política pública habría tenido en los relatos de los diferentes sujetos y en la construcción de un tipo o experiencia de representaciones vinculado con la salud y el cuidado, tal como se detallará a continuación.

[45] De acuerdo a Glaser y Strauss, el máximo de similitud en los datos, lleva a la clasificación lleva a: 1) clasificar la utilidad de la categoría; b) generar las propiedades básicas de la misma; c) establecer un conjunto de condiciones para jerarquizar las categorías.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

CAPITULO III: Las voces del territorio. Del lado de acá, del lado de allá y de ambos lados.

3.1. Encuentro de saberes: las madres y los profesionales de la salud en relación a las prácticas formales y no formales: Para poder brindar alternativas a "la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente" (Stolkiner, 2005) se hace necesario incorporar los saberes de los actores sociales insertos en la comunidad, en la búsqueda que posibilite la percepción en el campo de la salud y del cuidado en función de bienestar colectivo e individual. En este sentido, subrayamos la dimensión política de la construcción individual y colectiva de las prácticas y concepciones de la salud y el cuidado.

La Promoción de la Salud, exige de intervenciones en el campo comunitario, ajustadas y concebidas desde la idiosincrasia particular de cada colectivo social, especialmente en lo que respecta a su forma particular de vivir y relacionarse con la salud. Se hace imprescindible reflexionar acerca de las particularidades que adquieren nuestras prácticas al ser situadas en los distintos contextos, así como la relación y la inter relación de los diversos sujetos sociales que los integran. La promoción de la salud involucra actividades que tienen como objetivo tanto el cambio de hábitos y comportamiento de las personas, como el cambio de las condiciones ambientales. La OMS señala que "*el papel activo de las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades, junto con el desarrollo de sus capacidades para la salud y la elección de alternativas saludables son esenciales como así también el desarrollo de capacidades para asegurar un entorno familiar y comunitario de apoyo y compromiso"*. La demanda para los sistemas de salud no está exenta de tensiones. Tanto las madres de beneficiarios, como los profesionales de la salud incluidos en la política, coinciden en manifestar la falta de infraestructura y de profesionales para dar respuesta y/o soluciones a las demandas generadas en los distintos centros de atención médica.

En las madres beneficiarias de la política, al ser indagadas sobre las percepciones en el campo de la salud y el cuidado a partir de la implementación de la AUPHPS, identificamos que se recupera la visión subjetiva de las mismas y que se entrelazan y entrecruzan las prácticas de derechos y las diferentes percepciones.

A tal efecto se realizaron 13 (trece) entrevistas semiestructuradas a las madres beneficiarias y 6 (seis) a los profesionales de la salud incluidos en la implementación de la política social, en el período comprendido entre agosto de 2014 y noviembre de 2015. Se analizó el relato de las madres que concurren para cumplir con la obligatoriedad de los controles a las Unidades Sanitarias y de los profesionales de la salud, que se vieron inmersos en ambos y en cada uno de sus lados y se clasificará y articulará con los distintos momentos históricos según el recorrido realizado en apartados anteriores. Las

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

madres han construido la representación social que sus hijos están sanos[46] cuando no aparecen signos como fiebre, catarro, decaimiento, etc., sin considerar a factores y/o determinantes que se encuentran directamente relacionados con la salud, tal como lo propone la OMS en la Declaración de Alma Ata. Por otro lado, vemos como se entabla una relación instrumental entre las madres, los profesionales de la salud y el centro de atención:

-*"Voy siempre a los controles que exige la asignación, es algo fastidioso. Mis hijos están sanos, a veces se resfrían o tienen broco espasmo, pero nada más. Es una pérdida de tiempo, los miden y los pesan, siempre lo mismo". (Jenifer, mamá de 4 niños, 26 años, Barrio Santa María, CIC IAPI).*

-*"Estamos acostumbrados a estos atropellos, donde se ha visto que para cobrar la asignación tengamos que llevarlos al médico, si están sanos, no tienen fiebre ni tos. No veo la utilidad. Yo cuido de mis hijos. Encima se hacen largas colas, mucho esperar, y a veces el médico no viene y te firman sin revisar. Los traigo solo porque me tienen que firmar la libreta" (Tatiana, mamá de 6 niños, 38 años, Unidad Sanitaria Nº 11, Ezpeleta).*

Por otro lado, vemos como los profesionales de la salud, desempeñando el rol de facilitadores de la política, se ven a sí mismos como gestores de la salud. Mencionan las presiones de distinta naturaleza que reciben de parte de los beneficiarios y del Estado en esta relación instrumental que se produce:

-*"(Si no asiste al control) lo siguen cobrando igual. A veces desaparece el chico o desaparece la madre, yo no le niego la firma a nadie. Si viene el chico lo controlo y ya, peso, talla, vacunas. . . es lo que marca la ley. (Juan, médico en CAPS de IAPI).*

-*"Hay faltas de respeto, faltas de respeto y presiones son continuas. Mi abuela me decía: "me reencarno a lo largo del río, que me lleva y me trae el agua". No sé por qué me vino a la memoria en este momento. Será porque así me siento" (Rosa, enfermera Unidad Sanitaria Bernal Oeste,* CAPS).

Observamos en los dichos anteriores que, en algunos casos, la percepción de salud y cuidado que poseen las madres y profesionales de la salud, comparten supuestos del modelo médico tradicional, según el cual existen causas de carácter orgánico o funcional, que producen un efecto que consiste en la enfermedad. En otros casos, entre las madres entrevistadas surgen manifestaciones con referencia a las representaciones sociales de la salud y el cuidado de "otras mujeres" que son beneficiarias de la política. Nos manifiestan con sus voces que no hay homogeneidad con respecto a las percepciones sobre el tema. Estas "otras mujeres" madres (según sus dichos) perciben actitudes y acciones negativas

[46] Resulta llamativo escuchar los dichos de las madres cuando al manifestar la representación de que sus hijos están *sanos si no tienen fiebre ni tos* y no tienen en cuenta los problemas respiratorios y dermatológicos que los aquejan, como consecuencia de las viviendas y el territorio insalubre que habitan (contaminación).

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

en referencia al concepto de salud y cuidado de los hijos, que se manifiestan en tensiones entre los sujetos sociales:

-"Y si, cuando Ramona enfermó, me daba cuenta que en la casa no la cuidaban. hablé con la familia, pero nada, la tenían en una piecita y claro. . . de ahí no salió más. Yo iba a acompañarla todas las tardes, era nieta de una vecina de las primeras del barrio (asentamiento) que ya falleció. Y la madre me miraba mal... yo iba igual, a ella le hacía bien. Un día fui. . . y.… les pregunté a ellos ¿así cuidan de su hija? ¿No recuerdan como los cuidaba su madre a ustedes?, no importa, ahora está muerta ¡y vaya a saber desde cuando! Hay gente que no toma conciencia sobre el cuidado de la salud, va cobra el plan y ya, no les importa nada, ni antes y ahora menos" (Ma. Laura, 19 años, mamá de 2 niños, Bª San Sebastián I, CIC IAPI).

-"Pasa que es más rico el tiempo dedicado a los hijos. La política nos da una posibilidad de no esclavizarnos afuera, trabajando, y que podamos cuidar de nuestros hijos, eso es salud. En cambio, hay madres que no miran de la salud de los hijos, no los cuidan. El dinero lo dedican a comprarse fasos o para cargar el celular. . .. dejan mucho que desear". (Justina, 21 años, madre de 4 niños, Bª IAPI, CIC IAPI).

A partir de los testimonios y planteos más clásicos sobre la Higiene Pública, aparecen redefinidos en la actualidad, pero con igual relevancia en el sentido de que quienes fueron entrevistados, y que construyen un pensamiento moral sobre la salud y el cuidado, y las prácticas higienistas "de la higiene pública". Estos se ven ligados a la aparición de la "cuestión social" que se incluyó y se desarrolló en los sistemas educativos, en la infancia, en la vida familiar, en el deporte, en el trabajo, en la alimentación, en la mejora del espacio urbano, en el Estado.

-"Para mí, la salud de mis hijos siempre fue importante. Fui mamá a los 15 años, así que tuve que aprender de golpe, aunque siempre cuidé de mis hermanos pequeños, porque mi mamá trabajaba todo el día. A veces no estábamos al día con las vacunas, pero iban a la escuela a vacunar y nos vacunaban. Y mi casa se llovía, así que siempre estábamos resfriados, porque se nos mojaba la ropa y las camas. Ahora con la Asignación siempre me entero de las charlas y escucho los consejos de los médicos cuando voy a los controles. Sigo viviendo en la misma casa, con mis tres chicos, pero ahora no dejo que se mojen, tengo pedazos de nylon y tapo las camas y el ropero, así que siempre tengo ropa seca. Aprendí mucho de las charlas que se dan en el comedor comunitario sobre la higiene para evitar la diarrea y los piojos. . .." (Sabrina, 18 años, mamá de 3 niños, Barrio San Sebastián I, Unidad Sanitaria N.º 9 "Pedro Elustondo").

-"Hay médicos que creen que tomando el peso y la talla y dando leche cuando vamos a realizar los controles es suficiente para tener salud. Salud y cuidado es otra cosa. Es que los chicos puedan salir a la puerta y jugar con los chicos del barrio, como antes, cuando yo era chica. Eso ya no existe por la inseguridad. ¡Y vivimos mal, las casas son tan pequeñas! Vivimos 14 personas en una casilla de 2 habitaciones. En el terreno somos 5 familias, eran del Frigorífico C.. . ., el reparto fue así, metieron en cada frente 5 o 6 familias. Vivimos amontonados y entre montañas de basura, no tenemos baños. . . los chicos no tienen espacios para jugar. A esta situación no la arregla esta política, necesitamos medidas de

fondo, trabajo digno". (Jimena, mamá de 7 niños, 27 años, Barrio Santa María, Unidad Sanitaria Bernal Oeste, CAPS).

-El curso que hice en el Comedor me ayudó mucho, viene la gente de la universidad y nos informa con los talleres, saber cómo cuidar de la salud de los chicos. Aprendí mucho. . .. yo no sabía nada de cuidados y tampoco me enseñan los médicos, ellos solo los pesan, los miden y controlan las vacunas, eso no es salud. Vivimos en una tosquera rellena (¿?), imagínese el olor y la humedad que hay. Antes aplicaba el cuidado de la salud en mis hijos como viví, como yo me crié, las cosas que me enseñaron y que aprendí. Ahora hago lo mismo que hizo mi mamá y mi abuela conmigo y mis hermanos. Nuestra casa es tan pequeña que resulta chica, mis padres tienen la enfermedad de los pulmones (¿?), les falta el aire y tengo miedo por mis hijos" (Belén, 26 años, mamá de 3 niños, Bº La Sarita, Unidad Sanitaria Nº 9 "Pedro Elustondo,).

-"Antes de la asignación, siempre cuide de mis hijos como podía, abrigándolos en el invierno, los metía en fuentones con agua en el verano para refrescarlos, lavaba sus manos cuando se alimentaban. A veces no podía llevarlos a completar el plan de vacunación, no tenía dinero para el colectivo. Vivimos en un barrio humilde y nuestra casa es pequeña. Ahora están los operativos de salud del Municipio, si no puedo acercarme al CIC, voy cuando están en el barrio. Está bueno porque a veces los médicos nos dan charlas sobre cómo cuidar la salud de los chicos. Aprendemos. Si vemos que tienen fiebre, no esperamos a que se les pase, los llevamos al doctor. (Alejandra, 29 años, madre de 6 niños, Barrio La Odisea, CIC IAPI).

Vemos que se incorporan en los dichos como perciben a la salud y al cuidado, en íntima relación con las condiciones del medio físico y social y en íntima articulación con la relación instrumental que se produce entre los sujetos sociales partícipes. Se observa, a través del análisis de los relatos que, se produce una falla en el diagnóstico de la problemática y la implementación de la política social:

-El trato que recibimos en el lugar de trabajo no es el mejor, yo estoy teniendo problemas cardíacos, creo que tiene que ver con lo que vivo en el día a día. Mi familia no quiere que siga trabajando así. Pero yo amo mi profesión, amo atender a los niños, me pone mal cuando tengo que firmar un certificado sin haber hecho el control ¿y si ese niño está enfermo? ¿y si le pasa algo? Eso me pone mal. Los padres van solos, con la libreta ¿les cuesta tanto llevar a los niños? Somos 10 pediatras en las cuarenta y pico de unidades asistenciales que se encuentran funcionando en el municipio. Al certificado lo puede firmar cualquier profesional que tenga matricula. Médicos generalistas, enfermeros. . . están cubriendo la especialidad de pediatría, solo tienen que tener matrícula para firmar. Se desvirtuó el espíritu de la política. Se brindar charlas sobre lactancia, sobre lo que va a pasar con el ombligo y con la vacuna BCG. Eso lo hice siempre, desde que trabajo para el municipio, hace más de 30 años. Se les facilita la leche a los niños desde los 6 meses a los 2 años, se les da una caja de 8 litro mensualmente. Ahora se les da a todos. Trato de orientarlos y que me escuchen por el tema de los parásitos y del hacinamiento en las viviendas, no sé si me interpretan. Y tenemos orden de firmar los controles, vengan o no con los chicos, no veo modificaciones positivas. . . hablo de responsabilidad, compromiso. . .solo quieren la firma (M.C., médica pediatra, CAPS Espeleta).

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

El medio ambiente doméstico y/o cotidiano es un ámbito de socialización del saber femenino del cuidado de la salud y donde se representa en primer lugar por la familia de origen y que tiene que ver con su formación en el hogar (madre, abuela y mujeres mayores) con referencia al cuidado y la salud de los hijos. Los aportes de raigambre popular se aprecian en la población de estudio, en numerosas técnicas diagnósticas y terapéuticas, tales como la del agua y el aceite, la de la medida, la de los colores, la de los olores, la extracción del mal con distintos elementos, la prevención de la enfermedad con talismanes, el papel de los santos y los muertos como auxiliares de los curanderos, los procedimientos para curar la culebrilla, las infecciones, los sabañones, las verrugas, el empacho, el mal de ojo y en algunas teorías etiológicas de la enfermedad, además de la medicina formal o tradicional. Manifiestan la devoción de deidades como la Pachamama, en el noroeste argentino, rescatando la costumbre de "challar" o convidar a la Madre Tierra con lo que se esté comiendo o bebiendo, como agradecimiento por los beneficios materiales o inmateriales recibidos por su intermedio. El “Gauchito Gil” en el noreste argentino, no se debe dejar de visitar si se transita por la ruta catorce en la provincia de Corrientes, según recomendaciones de los sujetos sociales, para no despertar su ira, manifestando además que es el gran hacedor de “milagros” en la curación de enfermedades incurables a través del pedido y/u oración.

De las percepciones sobre la salud y el cuidado reveladas en las voces de quienes acuden, desarrollan y respetan este tipo de prácticas “domésticas” y/o “no formales”, podemos citar:

-*“Aprendemos unas de otras, y ponemos el cuidado al servicio de toda la comunidad, no solo de nuestros hijos, si hasta la directora de la escuela (si, si, la de la 15) nos permite dar charlas sobre cómo cuidar de nuestros hijos y no solo en la salud, sino también la seguridad, las drogas. . .. Esto lo aprendí de las vecinas más viejas, siempre solidarias y pensado en el otro. Cobro la Asignación, pero a mí no me sumó, yo cuidé siempre no solo de la salud de mis hijos, sino de los niños de todo el barrio. Antes y ahora curo del empacho y del mal de ojo con la palabra, la culebrilla ya es otra cosa, tengo que ver a la persona, damos palabras de aliento. . .y no se cobra. . . sale del corazón” (Julia, 33 años, mamá de 8 niños, Bª San Sebastián I, Unidad Sanitaria Bernal Oeste,* CAPS).

-*“Antes de la Asignación Universal, si se enfermaban iba al hospital de Quilmes, a la salita o al dispensario. El tema eran los turnos, había que estar muy temprano y a veces no conseguías. Si tenían mucha fiebre los atendían, sino al otro día había que hacer lo mismo. Terminaba llevándolo a lo de la doña. . . esa que cura en el barrio. Después si las cosas se complicaban te lo atendían y encima te echaban en cara que no los habías llevado antes. Yo trabajo en la limpieza de los arroyos (Las Piedras y San Francisco) y siempre tenemos capacitaciones de cómo prevenir las enfermedades. Además, cuando vas a los controles con los chicos, los médicos te informan en cómo tenés que hacer y a veces te aconsejaban llevarlos a curar del ojeo cuando lloran sin causa. En fin, creo que la asignación es un paso importante para generar conciencia, pero falta mucho, hay que apuntar en mejorar los controles. . .. hay madres que “apuran” a los médicos. . .y ellos*

hacen lo que pueden" "Yo llego a casa con la ropa sucia, salpicada de agua contaminada. No dejo que mis chicos me besen y abracen. Tengo el baño afuera, me lavo y me cambio antes de saludarlos. Cuido para ser feliz, pero también tratando de conseguir la felicidad de todos, y eso tiene que ver también con la salud". (Antonella, 28 años, mamá de 3 niños, Unidad Sanitaria Nº 11, Ezpeleta).

-"Tenemos que estar atentos velar por nuestros hijos. Mi abuela me enseño a cuidarlos, cómo darme cuenta si tenían fiebre, si les dolía la pansa, a veces, si no venía el doctor a la salita, lo llevaba a una vecina para que le cure el "mal de ojo" o "el empacho", total eso no les hacía mal, porque no tenían que tomar nada. Ahora con la asignación, tengo que llevarlo al pediatra, porque si no te firman los controles, no cobrás. Y si, es un poco agotador, pero si ellos van a estar mejor. . . la salud, ante todo. (Paola, 22 años, mamá de 4 niños, Bª El Progreso, Unidad Sanitaria Nº 9 "Pedro Elustondo").

-"Muchas exigencias y poca responsabilidad. A veces "nos obligan" a firmar las libretas a niños que nunca se controlaron. La secretaría (de Salud) dijo que hay que firmarlos igual. El control es sencillo para los padres de los beneficiarios: una vez al año a los niños más grandes. Por el contrario, los niños recién nacidos o chicos vienen bien. No solicitan turnos y no respetan el calendario de vacunación. Cuando es así, yo pongo vacunación en curso. A veces las madres me piden que ponga en el informe que está desnutrido, así le dan otra orden para la leche. Tratamos en la unidad asistencial de informar a las madres sobre los cuidados cotidianos para que los niños lleven una vida saludable. Que se laven las manos no solo a la hora de las comidas sino varias veces al día. . . a veces buscan la aprobación para seguir atendiéndolos con la curandera del barrio. Si les hace bien, adelante, pero les remarco que también deben llevarlos a un centro asistencial" (Roberto, enfermero, Unidad Sanitaria Nº 9 "Pedro Elustondo" CAPS).

Los profesionales de la salud reconocen en los dichos de las madres, las prácticas no formales (caseras o domésticas), respetando la práctica de las mismas y los "beneficios" que visualizan las madres de los beneficiarios de la política, pero recomendando la visita y los controles médicos. El doctor Ramón Carrillo, como ministro de salud del gobierno peronista, fue precursor del sanitarismo y marcó un interés especial en áreas que el Estado no había profundizado hasta entonces: la medicina preventiva, la medicina social y la atención materno-infantil. Su pensamiento queda resumido en sus dichos: la medicina moderna tiende a ocuparse de la salud y de los sanos y el objetivo principal es ya no curar al enfermo sino evitar estar enfermo; que la medicina no sólo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida; que las tareas de los higienistas no rendirán frutos si previamente no se consolidan las leyes obreras destinadas a dignificar la tarea en fábricas y oficinas, a mejorar sueldos y salarios y lograr los beneficios de jubilaciones y pensiones; y que, a los fines de la Salud Pública, es más importante proporcionarle a la madre los medios para que, una vez que tenga al hijo, pueda defenderse de las contingencias posibles, o bien otorgar al padre los medios materiales para atender al nuevo hijo. Enmarcados en este pensamiento, se escuchan otras manifestaciones, otras realidades:

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

-"Antes, cuando me tuve mi primer hijo, fui mamá a los 14 años, y estuve sola hasta los 16 años que conocí a mi nuevo compañero, el papá del resto de mis hijos (son 8), mi mamá y mi tía me decían que tenía que hacer, como tenía que cuidar de mi bebé, en todo, pero más en la salud. Mi familia me acompañó hasta el hospital Iriarte como prevención ¿vio? Era muy jovencita y mi mamá había tenido problemas en sus embarazos. Hay una forma de cuidar que tiene que ver con la salud y otra con la solidaridad, el cuidar a los demás, en cuidar de tus hijos o tus padres, de tus vecinos, de sus hijos, hay como otras cosas. . ….ahora el tema de cuidar está de moda, todas las compañías de salud privadas están hablando del cuidado…para evitar enfermedades, vivir de una forma sana…y tomé conciencia de la propuesta a partir de la Asignación y trato de aplicarlo en el día a día." (Loreley, 32 años, madre de 9 hijos, Bª La Matera, CIC IAPI).

-"Proteger, cuidar es proteger, cuidar es muy amplio, pero sería proteger, acompañar y educar, porque estás cuidando para que tu hijo tenga un futuro, para que puedan llegar a ser alguien en la vida, para que se críe con salud. Eso pienso yo, eso fue lo que me inculcó mi familia. Nosotros somos del interior ¿vió? . . . . tenemos otros valores. Porque no solo cuidamos de nuestros hijos, sino también de nuestros padres, de nuestros vecinos. Y eso quiero para mis hijos, una vida saludable. Todo eso pesa en la salud, porque así nos sentimos queridos y cuidados y eso nos hace estar bien. Yo a mis hijos los llevé siempre a controles con el pediatra, me daban la leche, y tener la pansa llena también es sentir que uno tiene salud, la Asignación Universal solo reforzó lo que ya venía haciendo. ¿Y qué venía haciendo? Prevención, eso "(Cristina, 36 años, jujeña, madre de 4 hijos, Unidad Sanitaria Nº 11, Ezpeleta)

- "Antes de la Asignación, no sabía nada. No sabía que era importante cuidar la salud, de vacunar a mis hijos, pensaba que no era importante. Me crié sola, porque mi mamá me abandonó cuando tenía 5 años. Después de la Asignación, con los controles fui tomando conciencia, vas escuchando, vas viendo, entonces tomo esas precauciones. Uno no lo quiere para su. . . eso de la tierra, la contaminación, uno no puede irse, en algún momento lo haremos, ahora no, no puedo. Trato de brindarles todo lo posible. Hiervo el agua y después lavo las cosas, lo aprendí de mi suegra que las cosas hay que hervirlas antes de dársela a los chicos. Pero salud es también llevar una vida digna, que los chicos puedan jugar, ahora no hay espacios de juego". (Carla, mamá de 3 niños, 23 años, Barrio La Paz, Unidad Sanitaria Bernal Oeste, CAPS).

-Habría que hacer un nuevo relevamiento. En esta zona hay familias beneficiarias que se mueven en camionetas 4x4, tienen obra social y se atienden en la Trinidad. Creo que se están cometiendo excesos en ese sentido. La política fue pensada para los niños es estado de vulnerabilidad social, hijos de padres que no tengan un empleo formal, y lo que se ve en esta zona es otra cosa. . .. Además, si no asisten siguen cobrando igual. Salvo en casos extremos y el chico o la madre desaparecen . . .. yo no me niego a firmar la libreta. Vienen ordenes de arriba (¿?). ¿Y qué le puedo decir de la salud y el cuidado cuando las condicionalidades no se cumplen? Trabajo mucho la prevención de las enfermedades, el tendido de redes con otros efectores de salud, la higiene en el hogar, pero creo que el espíritu de la política se diluyó (J.M. médico cardiólogo, Unidad Sanitaria Bernal Oeste, CAPS).

-Mejoraron las redes. Ahora desde la política pública, podemos solicitar turnos (al Hospital de alta complejidad El Cruce, al Dispensario, al hospital…) y darles una respuesta cuando vienen a realizar el control correspondiente para la Asignación Universal por Hijo y

constatamos que el niño está con alguna dolencia. . ., creo que la política contribuyó a la creación y mejora de las redes, y nos sentimos gratamente responsables de brindar este servicio a los beneficiarios. Respondemos a las necesidades de la salud de los beneficiarios y percibo que se sienten cuidados. (J.C. médico cardiólogo, CIC Villa IAPI).

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

Conclusiones

Este primer acercamiento a la problemática del cuidado y la salud a partir de la perspectiva de los sujetos que están incluidos en la AUPHPS nos permite observar que el cuidado de la salud resulta un derecho adquirido pero que necesariamente requiere su ejercicio cotidiano. Los testimonios resaltan que las potencialidades y recursos de salud y el cuidado se acrecientan si el diseño e implementación de las políticas públicas incorporan prácticas innovadoras, incluyéndolos como sujetos de derecho, considerando sus voces, sus prácticas y los modos en que construyen sus inter relaciones con los habitantes del territorio, con los profesionales de la salud y con el Estado. En esta última década y media en la Argentina, se produjeron importantes cambios en la relación entre estos sujetos sociales, el Estado y las políticas sociales. Bajo el paradigma neoliberal de los 90, el Estado estimuló la participación de la sociedad toda en términos de gestión y control de las políticas sociales, no desde una perspectiva asistencialista, sino desde los derechos humanos, a favor de las paritarias e institucionalización del mercado de trabajo y también con los municipios a través de transferencias para el gasto social.

Las prácticas, las experiencias y los conocimientos acumulados por la sociedad civil, en los procesos de movilización y de organización de la sociedad son condición de posibilidad para la participación en la definición de las políticas sociales. Más allá de las buenas intenciones, luego del camino recorrido, de haber observado a las poblaciones objetivo en sus territorios, de escuchar sus relatos que me permitieron acceder a sus vidas cotidianas, las representaciones sociales que se fueron construyendo, revelan como un mundo especialmente fecundo para establecer un diálogo de saberes, capaz de nutrir y fortalecer las políticas sociales. Si bien está pensado como un derecho para los/as niños y niñas, la AUPHPS, otorga a las madres la prioridad como receptoras del subsidio[47]. De este modo, las mujeres asumen el peso de la responsabilidad del cuidado de la salud, responsabilidad que está acotada en cuanto a los recursos con que cuentan dada la precariedad de sus condiciones materiales de vida en la población estudiada en el presente trabajo. Las beneficiarias, madres de niños/as son, mayoritariamente, adolescentes o adultas/jóvenes y sus familias, generalmente numerosas, con una alta proporción de niños/as y adolescentes. La política social permitió observar cómo las madres y los profesionales de la salud definen los distintos posicionamientos de cada uno y las percepciones de la salud y el cuidado a partir de la implementación de la AUPHPS, de acuerdo con su cultura y experiencia de origen. En las entrevistas realizadas, pude observar que, en las etapas de diagnóstico, implementación, seguimiento, monitoreo y

[47] Según un estudio de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) y del Instituto de Estudios Laborales y Sociales (Idelas), sobre la base de datos oficiales, desde la vigencia de la política social, menos mujeres participan en el mercado de trabajo.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

evaluación, no hubo diálogo con la etapa de elaboración de la política social, sintiéndose los sujetos sociales, ajenos a la misma.

Se fue conformando la construcción de las percepciones de salud y cuidado en una compleja matriz, donde se representa la relación de los “beneficiarios” y/o “titulares de derecho” y los profesionales de la salud; y por el otro, la forma en que los sujetos, de manera individual o colectiva, se relacionan con ellas[48].

Al realizar las entrevistas a los sujetos de estudio, de las mismas surge que no son solo los médicos quienes participan como facilitadores en la implementación y desarrollo de la política en el territorio, sino que puede cumplir ese rol, cualquier profesional de la salud que se desempeñe en los centros de salud del municipio y que cuenten con matricula. En cuanto a las madres, si bien se planteó en un principio a los “beneficiarios”, son sus voces y el rol de cuidadoras que cumplen desde el beneficio de la política las que nutrieron con sus relatos e hicieron posible la elaboración de este trabajo.

En los testimonios recogidos de las madres, se percibe una doble exclusión: por su condición de pobreza y por provenir de zonas rurales o incluso de otro país donde tenían otros modos de vida y un capital social que en la ciudad han perdido.

También se incluye en esta matriz, los saberes de la medicina popular, que se perciben como un saber popular y como un conjunto de comportamientos socialmente compartidos que forman parte de su complejo patrimonio de conocimientos empíricos, pues son ampliamente valorados por las madres y respetados y reconocidos por los profesionales de la salud, percibiendo un juego de negociación es este espacio compartido. En algunos casos, las madres, reconocen que continúan la realización de prácticas y la utilización de remedios naturales o caseros que conocen por su experiencia familiar en un medio rural, afirmando su origen y tradición y lo perciben como bueno o positivo para la salud y el cuidado, más allá de los controles médicos obligatorios. En otros, hay una negación de las prácticas tradicionales y una valoración de las condicionalidades a cumplir como contraprestación en salud de quienes reciben el beneficio de la AUPHPS, pero, sobre todo, está presente una suerte de mezcla donde coexisten prácticas de ambos sistemas, con distintas jerarquías en cuanto a la percepción de su efectividad.

Los profesionales de la salud perciben a estas prácticas y/o medicinas alternativas, como una manera de respetar las tradiciones y culturas de quienes las practican, realizando siempre las recomendaciones de control médico a los niños. De sus dichos se desprende que coexiste "ese saber de la gente", mantenido a través del tiempo por medio de la tradición y modificado mediante el contacto y la mezcla con diferentes grupos

[48] En este momento nos encontramos investigando el modo se dan los procesos de construcción de redes entre los sujetos analizados

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

sociales, entre éstos, los grupos de iguales y los grupos de la salud institucionalizada con sus dichos y sus propias percepciones. Esta construcción, va conformando sus propias concepciones, manifiestas en relatos que dan cuenta de la automedicación y el desarrollo de prácticas de curanderismo.

Estos mismos profesionales manifiestan que no perciben grandes cambios con respecto a los beneficiarios, en cuanto a cuidado de la salud de los niños, y que quienes concurren a los controles, sólo lo realizan para cumplir con un requisito que se les impone para percibir el beneficio. Ambas poblaciones de estudio cuestionan y tensionan el modelo médico hegemónico, que hace enfoque en el biologismo, la ahistoricidad, la a-socialbilidad, el mercantilismo y la eficacia pragmática. Algunas de las madres entrevistadas dan cuenta de una relación distante y conflictiva con algunos de los miembros del personal de la salud, facilitador de la implementación de la política, ya que el vínculo se establece desde un lugar de poder y autoridad, cuando ellos privilegian y valoran especialmente la relación que se produce con el recurso humano. La calidad del vínculo es crucial a la hora de mantener y/o fortalecer el mismo con el sistema de salud. Por otro lado, se percibe que es necesario pensar en cuanto a la política social, en la sostenibilidad política, pues, sin duda alguna, lo importante es cómo respondemos al desafío de que esa sostenibilidad tenga legitimidad política, que se la reconozca como una política de Estado y no en la gran política de un gobierno, más cuando pareciera haber convergido en quien supo ponerla en marcha con la voluntad, el deseo, y las propuestas de distintas vertientes políticas de la Argentina. Desde la propia percepción de las madres, el sistema de salud es visualizado por muchas mujeres como proveedor de recursos, más que como “institución” para el cuidado de la salud.

Como ya hemos citado precedentemente, el campo de la salud y el cuidado es un proceso continuo, multidimensional, donde se hace imprescindible observar el momento político y social que lo transita y la cultura que lo atraviesa, mejorable seguramente, que requiere que se tengan en cuenta una serie de advertencias y alertas, en este caso particular, desde la perspectiva de los Derechos del Niño y siguiendo los lineamientos emanados de las distintas organizaciones internacionales, que puedan acompañar el diseño, modificación y/o implementación de políticas sociales innovadoras que lo sustenten. La salud y el cuidado constituyen un derecho social básico de todas las personas, situando al Estado ante la disyuntiva de ejercer la protección de este derecho, a través de las políticas públicas.

Las madres y los profesionales de la salud perciben que la salud y el cuidado guardan una relación íntima con el derecho a la vida y la dignidad de los ciudadanos y que, además, cualquier limitación en el acceso a los servicios sanitarios es causa de exclusión social. Es una construcción individual y social, y la percepción de este complejo proceso

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida**.**

Los resultados obtenidos de los datos de las beneficiarias muestran que la percepción de la salud y el cuidado están fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico. La resolución de problemas cotidianos como el trabajo y la alimentación fundamentalmente, son percibidos como situaciones que forman parte de la salud y el cuidado, no solo dentro del seno familiar, sino dentro de la comunidad en la que están inmersos. Se perciben situaciones de “autocuidado” y del “cuidado del otro”.

La preocupación cotidiana de los sujetos por satisfacer necesidades primarias, incluyen a éstas en la percepción de la salud y el cuidado ya que la lógica es la del "día a día", en un contexto donde no hay garantía de ingreso diario para cubrir los gastos de alimentación o abrigo, más allá del ingreso mensual percibido a través del beneficio de la política. Si bien se privilegia en este estudio, a la salud y el cuidado de los niños y niñas, surge la preocupación, en los sujetos sociales entrevistados, por los adolescentes, de los cuales se expresa que se drogan y consumen mucho alcohol y no tienen espacios de esparcimiento y/o capacitación en la comunidad. Del análisis realizado puedo inferir que las madres perciben a la salud y el cuidado, a partir de las AUPHPS, como un medio para la vida y no como fin en sí mismo. Y lo relacionan con el hecho de "hacer", lo que implica, trabajar en la vida cotidiana para el bienestar y la calidad de vida de los niños. Son manifestaciones no solo de las madres, sino también de los profesionales de la salud, produciéndose un acuerdo tácito entre los mismos. Esta primera aproximación nos muestra que la percepción de la salud y el cuidado, a partir de la AUPHPS, está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida que influyen en la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico. Considero que esta situación influye en la relación que establecen las madres con el sistema de salud donde se visualiza una desvalorización y una distancia con el personal de salud. En la relación instrumental que se produce entre las madres, los profesionales de la salud y los centros de atención, surge a partir de las voces de las madres que valoran la información y capacitaciones en referencia a la salud y al cuidado, que reciben en los “comedores”. La población entrevistada, en su mayoría desplazada de su lugar de origen por la búsqueda de trabajo, vive una doble exclusión: ser pobre y pertenecer a un contexto sociocultural diferente al de la ciudad. Esta situación la despoja de sus recursos para el cuidado de la salud, admitiendo con inseguridad en muchos casos, la utilización de un sistema de salud no oficial, que les resulta más familiar y menos hostil.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

Referencias bibliográficas

-Abric, J. (1994) "Prácticas sociales y Representaciones*"* Ediciones Covoacén, S. A. de C, V. México, SBN 970-6': B-193-X.

-**Acuña, C. H; Kessler, G.; Repetto, F.** (2009) *"*Evolución de la política social Argentina en la década de los noventa: Cambios en su lógica, intencionalidad y en el proceso de hacer la política social" en www.utexas.edu

- Agis, E.; Cañete, C.; Panigo, D. (2010) "El impacto de la Asignación Universal por Hijo en la Argentina" disponible en www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/documentossubweb/area1/.../auh_en_argentina.pd...

-**Arce, L.; Grippo, L.; Finauri, Ma. L.; Vidal, V**. (2014) "Rayuela. Construyendo salud mental comunitaria", En Cuerpo y Subjetividad, Comp. Trimboli, Grande. Raggi, Fantin, Fridman, Bertran. 1º Edición, Pág. 479, 480 y 481. ISBN 978-98723478-9-5.

-Armus D. (2007). "Un médico higienista buscando ordenar el mundo urbano argentino de comienzos del siglo XX". En: Revista de Salud Colectiva. Buenos Aires, Volumen 3, http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista07/6.Un%20medico%20higienista.pdf

-Armus, D. (2012). "Historia / historia de la enfermedad / historia de la salud pública". En: Revista Chilena de Salud Pública. Vol. 16 (3). Pp. 264 -271. Disponible: http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/23164/24511

-Azzollini, S. y otros (2017) "Investigaciones en representaciones sociales en la Argentina"; Compiladores: Chardon, Ma. C., Munekian, N., Scaglia, H., Ed. de la Universidad Nacional de Quilmes. Bernal.

-**Banch, M. A.** (2006), "Las representaciones sociales como perspectiva teórica para el estudio etnográfico de las comunidades", en Valencia Abundiz, S., *Representaciones sociales. Alteridad, epistemología y movimientos sociales*, Guadalajara, Maison des Sciences de l'Homme.

-**Bardach, E.** (1993) "Problemas de la definición de problemas en el análisis de las políticas" en Problemas públicos y agenda de gobierno", Aguilar Villanueva, L., compilador; Editorial Miguel Ángel Porruá, México, México.

-**Beltranou, J.** (1995) "Estructurando las políticas. El papel de las Instituciones" en Revista Mexicana de Sociología. Volumen 52, México, México.

-Biernat, C.; Cerdá, J.M.; Ramacciotti, K. (2016) "La Salud Pública y la enfermería en la Argentina" 1ª Edición, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Buenos Aires, Argentina. ISBN 978-987-558-362-7.

-**Biernat, C., Ramacciotti, K.** (2014) "Historia de la Salud y la Enfermedad, bajo la lupa de las Ciencias*".* Editorial Biblos, CABA.

-**Biernat, C., Ramacciotti, K.** (2012) "La protección a la maternidad de las trabajadoras en Argentina: aspectos legales y administrativos en la primera mitad del siglo XX". Historia, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, Brazil.

-Bordieu, P. (1999) "Violencia simbólica y luchas políticas", en Pierre Bourdieu, *Meditaciones Pascalianas*. Editorial Anagrama, Barcelona, España.

-**Bokser, M.** (2001) ¿Qué significa la Convención Internacional de Derechos del Niño en las prácticas educativas? En Derechos del niño, prácticas sociales y educativas. Ediciones Novedades Educativas. Noviembre/ diciembre de 2001. Año Nº 8. Nº 41. Buenos Aires, Argentina.

-**Castorina, J.; Kaplan, C**. (2003) “Las representaciones sociales: problemas teóricos y desafíos educativos. Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles” Editorial Gedisa, Barcelona, España.
-Cerrutti, M. (2003) “Trabajo, organización familiar y relaciones de género en Buenos Aires”. En Catalina Wainerman, Ed., “Familia, trabajo y género”. Disponible en http://www.ides.org.ar/wp-content/uploads/2012/03/Familia1.pdf
-**Chardon, Ma. C.; Arce, L.**; (2009) “Saberes y Vida Cotidiana. Algunas conceptualizaciones sobre participación”. En I Congreso de la Universidad Pública “Pensar la Educación Superior en el marco del Bicentenario”. UADER (Universidad Autónoma de Entre Ríos), Carácter Nacional. Paraná, Entre Ríos, 14, 15 y 16 de Octubre.
-**Chardon, M.C.; (**2012) **“**El cuidado como problema público y político. En la encrucijada entre maternaje-paternaje e inclusión”. En Peregalli, Andrés et al Maternidades, paternidades y adolescencias. Construirse hombre y mujer en el mundo. Relatos a viva voz. Buenos Aires, México. Novedades Educativas ISBN 978-987-538-329-6
-**CEPAL** (2006) “Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea*”.* Documento preparado por S. Draibe y M. Riesco, consultores de la Unidad de Desarrollo Social, bajo la supervisión de A. Sojo.
-De la Calle, L.; Rubio, L. (2010). “Clasemediero. Pobre nomás, desarrollado aún no”. CIDAC, México, México.
-De Martinelli, G.; Arce, L.; Gille, L.; (2013) Ponencia: “El cuidado de la Salud en la infancia: reconocimiento de derechos y ciudadanía”. En Iº Simposio Internacional del Observatorio de la Discapacidad. Perspectivas y retrospectivas en torno a la discapacidad y las ciencias sociales, Carácter Internacional, UNQ, Bernal. Mes de Setiembre.
-Espindola, K. y otros (2017) Trabajo de investigación en curso “Sincretismo terapéutico: Cuidado inclusivo en la diversidad”. Carrera Licenciatura en Enfermería. Departamento de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Quilmes.
-**Faur, E.** (2014) “El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual”, 1º Ed., Siglo XXI Ed., Buenos Aires, ISBN 978-987-629-397-6.
-**Foucault, M.** (1989) “El poder: cuatro conferencias”, Universidad autónoma, 1º edición, México, ISBN 968-840-633-3.
-**Frederic, S.** (2004) “Buenos vecinos, malos políticos”. 1º Ed., Editorial Prometeo Libros, Buenos Aires, ISBN 950-9217-83-2.
-**Glasser, B; Strauss, A.** (1967) “The Discovery of grounded theory: strategies for cualitative research”. New York: Aldine Publishing Company.
-**Gherardi, N. y Zibecchi, C.** (2011) “El derecho al cuidado: ¿una nueva cuestión social ante los tribunales de justicia de Argentina?” en: Revista de Ciencia Política de la Universidad de Chile, Dossier “Derecho, justicia y política”, Revista Política, vol. 49, Nro. 1,107-138.
-**González, P.** (2009) “Inclusión Social, Politicas Públicas y Desarrollo Humano” Disponible en: http://www.old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista.../Gonzalez%20y%20Guell.pdf
-Guber, R. (2004) “El salvaje metropolitano”, 1º Ed., Editorial Paidós, Buenos Aires, ISBN 950-12-2719-7.
-**Hintze, S; Danani C.** (2013) “De prácticas y discursos” Disponible en http://www.depracticasydiscursos.unne.edu.ar/Revista5/pdf/Chao.pdf
-**Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia** (2004): Plan integral de infancia, familia y adolescencia 2004-2007.

-**Jodelet, D.** (2006) “El otro, su construcción, su conocimiento” en *Representaciones Sociales; Alteridad, epistemología y movimientos sociales. Centro* Universitario de Salud, Universidad de Guadalajara. ISBN 970-27-1005-7.
-Kliksberg, B. y Novacovsky, I. (2015). El gran desafío. Romper la trampa de la desigualdad desde la infancia. Aprendizajes de la Asignación Universal por Hijo, Buenos Aires: Biblos.
-Lo Vuolo, R. (2001), “Alternativas. La economía como cuestión social”. Editorial Altamira. Buenos Aires.
-**Lo Vuolo, R.** (2010) “Asignación Universal por Hijo”*,* Ciclo de conferencias organizado por la Red Argentina de Ingreso Ciudadano REDAIC, auspicio de UNICEF Argentina.
-Madariaga, A. (2009) “Redefiniendo los espacios de la política social. Reducción de la pobreza, transferencias y corresponsabilidades”. Documento preparado en el marco del proyecto —La Sustentabilidad de los programas de transferencias condicionadas‖ (GER/09/001), División de Desarrollo Social de la CEPAL, presentado en el Taller de expertos —Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones‖. CEPAL – GTZ.
-Magrassi, G y Radovich, J C. (coord.) (1982) “La medicina popular”. En “*Mito, magia y religión”.* Cuadernos de historia popular Argentina. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
-**Mazzola, R.** (2012) “Nuevo Paradigma. La asignación Universal por Hijo en la Argentina”. 1º ed., Editorial Prometeo Libros, Buenos Aires, ISBN 9787-574-557-5.
-Menéndez, E. (coord.) (1994). “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?” Editorial Alteridades, Buenos Aires, Argentina.
-**Merklen, D.** (2005) “Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática (Argentina, 1983-2003)”, 1ª ed., Buenos Aires, Editorial Gorla. ISBN 987-22081-1-5.
-**Minujin, A. y Kessler, G.** (1995) *La nueva pobreza en la Argentina*, Planeta, Buenos Aires.
-**Montenegro, R.** (2011) “El gobierno de si, dominación y orden jurídico”, I Jornadas “Gilles Deleuze.”CD-ROM por GIEP, UNMP, ISBN: 978-987-544-393-8.
-**Moscovici, S.** (1991). “La Sicología Social I”. Barcelona, España: Paidós.
-**Murillo,** S. (2003) “Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres” en SARE, 2003 *“Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”,* Emakunde, Instituto vasco de la mujer, España.
-**Mussetta, P.** (2006) “Participación social y toma de decisión: el desfase del enfoque de las políticas públicas”*,* Editorial UNQ, Buenos Aires.
-**Najmanovich, D**. (2002) “El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa*”.* Cap. 1; en Redes. El lenguaje de los vínculos. Buenos Aires. Paidós.
-**Organización Mundial de la Salud.** OMS; (1978) Declaración de Alma Ata. Kazajstán.
-Organización Mundial de la Salud. OMS (2002). Informe sobre la Salud en el mundo. Ginebra: OMS.
-**Organización Panamericana de la Salud**. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Temas de discusión. Washington: OPS; 1993. (Serie HSS/SILOS 17)
-Pantaleón, J. (2005) “Entre la carta y el formulario. Política y técnica en el desarrollo social”, Editorial Antropofagia, Buenos Aires. ISBN 987-21387-8-8.
-**Pautassi, L**. (2008) “La articulación entre políticas públicas y derechos. Vínculos difusos”. En: X. Erazo, Ximena; Abramovich, Víctor; Orbe, Jorge (Coord.). *Políticas Públicas para un Estado Social de Derechos.* Santiago de Chile: Fundación Henry Dunant América Latina, pp. ISBN 978-956-00-0020-0.

-**Pautassi, L.** y otros (2010) “Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión*”.* Editorial Montesinos/El Viejo Topo, Buenos Aires.
-Pautassi L. y Gamallo G., directores (2012): ¿Más derechos, menos marginaciones? Políticas sociales y bienestar en la Argentina., Buenos Aires: Biblos.
-Provoste, P. (2004) “Los cuidados domésticos e instituciones de salud y enfermedad provistos por las mujeres” en SARE, 2003 *“Cuidar cuesta: costos y beneficios del cuidado”,* Emakunde, Instituto vasco de la mujer, España.
-**Ramaciotti, K.** (2014) “Infancias. El mundo infantil en imágenes”. Edit. Siglo XX, Buenos Aires, Argentina.
-**Renoldi, B**. (2013) “Narcotráfico y Justicia en la Argentina”. Editorial Antropofagia, Buenos Aires, ISBN 978-987-1238-44-6.
-Repetto, F. (2010). Coordinación de políticas sociales: abordaje conceptual y revisión de experiencias latinoamericanas. En Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación (Eds.), Los desafíos de la Coordinación y la Integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina (pp. 47-84). Buenos Aires: Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.
-Salvia, A., Tuñón, I. y Poy Piñeiro, S. (2015). “Asignación Universal por Hijo para Protección Social: impacto sobre el bienestar económico y el desarrollo humano de la infancia” Revista Población & Sociedad, 22 (2).
-Sarmiento, J.; Tello, C.; Segura, R. (2005) “Ciudadanía, sociedad civil y participación en políticas públicas”*,* Editorial UNQ. Buenos Aires, Argentina.
-SIEMPRO-UNESCO (1999). Gestión Integral de Programas Sociales Orientado a Resultados. Manual Metodológico para la Planificación y Evaluación de Programas Sociales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina SA.
-**Svampa, M.** (2009) “Desde Abajo: La transformación de las identidades sociales” (Editora) Editorial Biblos, Buenos Aires.
-Zibecchi, C. (2013) "Organizaciones comunitarias y cuidado en la primera infancia: un análisis en torno a las trayectorias, prácticas y saberes de las cuidadoras", en: *Trabajo y Sociedad, Sociología del trabajo, Estudios culturales, Narrativas sociológicas y literarias.* NB - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet), Nº 20, Santiago del Estero, Argentina.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

ANEXO

MADRES ENTREVISTADAS. Municipio de Quilmes

Entrevistados	Edad	Cantidad de hijos	Barrio de residencia	Centros de atención
1-Jenifer	26	4	Santa María	CIC IAPI
2-Tatiana	38	6	Ezpeleta	CAPS Ezpeleta Unidad Sanitaria 11
3-Ma. Laura	19	2	San Sebastián I	CIC IAPI
4-Justina	21	4	IAPI	CIC IAPI
5-Sabrina	18	3	San Sebastián I	CAPS. Unidad Sanitaria Nº 9 "Pedro Elustondo"
6-Jimena	27	7	Santa María	CAPS. Unidad Sanitaria Bernal Oeste.
7-Belen	26	3	La Sarita	CAPS. Unidad Sanitaria Nº 9 "Pedro Elustondo"
8-Alejandra	29	6	La Odisea	CIC IAPI
9-Julia	33	8	San Sebastián I	CAPS. Unidad Sanitaria Bernal Oeste.
10-Antonella	28	3	Ezpeleta	CAPS Ezpeleta Unidad Sanitaria 11
11-Loreley	32	9	La Matera	CIC IAPI
12-Cristina	36	4	Ezpeleta	CAPS Ezpeleta Unidad Sanitaria 11
13-Carla	23	3	La Paz	CAPS. Unidad Sanitaria Bernal Oeste.

Fuente: elaboración propia.

PROFESIONALES DE LA SALUD ENTREVISTADOS. Municipio de Quilmes

Entrevistado	Profesión	Centros de Atención
1-Juan	Médico Clínico	CIC IAPI
2-Rosa	Enfermera	CAPS. Unidad Sanitaria Bernal Oeste.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

3-M.C.	**Médica Pediatra**	**CAPS Ezpeleta** **Unidad Sanitaria 11**
4-Roberto	**Enfermero**	**CAPS. Unidad Sanitaria Nº 9 “Pedro Elustondo”.**
5-J.M.	**Médico Cardiólogo**	**CAPS. Unidad Sanitaria Bernal Oeste.**
6-J.M.	**Médico Cardiólogo**	**CIC IAPI**

Fuente: elaboración propia.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes