



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**Salud pública y cuestión social: un
abordaje comparado desde los
programas Familias en Acción (COL) y
Asignación Universal por Hijo para la
Protección Social (ARG)**

Micaela Anahi Maria Aguirre

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia

Año 2023

Salud pública y cuestión social: un abordaje comparado desde los Programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG)

Micaela Anahi Maria Aguirre

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título
de:

Magíster en Salud Pública

Director:

Dr. Andrés Felipe Mora Cortes

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

Año 2023

A la educación pública, que, desde siempre, es cimiento y horizonte,

a mi familia y amigas, acá y allá,

a mi abuela y el recuerdo reconfortante de la vida que tuvimos a la par:

muchas gracias.

Resumen

El estudio que a continuación se expone, constituye la tesis final de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Su objeto de estudio está conformado por las transformaciones en el campo de la salud pública a partir de las intervenciones en las dimensiones constitutivas de la cuestión social de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) durante el período 2000-2021. Para abordarlo, se propuso una investigación de exploratoria, interpretativa comprensiva. La indagación se enmarcó en una metodología comparativa de tipo cualitativa, orientada por los objetivos que siguen:

Objetivo general

Analizar las transformaciones en el campo de la salud pública a partir de las intervenciones en las dimensiones constitutivas de la cuestión social de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) durante el período 2000-2021

Objetivos específicos

1. Caracterizar la relación teórica entre salud pública y cuestión social a partir de sus dimensiones constitutivas: desigualdad, trabajo y protección social y calidad de vida.

2. Caracterizar las políticas de transferencia condicionadas y sus relaciones con el campo de la salud pública como uno de los modelos de intervención sobre la cuestión social en América Latina y el Caribe durante el período 2000-2021.

3. Comprender la incidencia de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) en el campo de la salud pública a través de sus intervenciones en la desigualdad, el trabajo y la protección social y la calidad de vida.

El estudio permitió concluir que existe una relación contundente entre la cuestión social y la salud pública, al tiempo que comprender que el dispositivo de políticas de transferencias condicionadas no resulta superior en términos sanitarios, en tanto estas políticas no logran transformar, de manera estructural, las formas en las que la desigualdad,

el trabajo y la protección social y la calidad de vida afectan los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado de la población

Palabras clave: políticas de transferencia condicionada, cuestión social, desigualdad, trabajo, calidad de vida.

Abstract

The study presented below constitutes the final thesis of the Master's Degree in Public Health at the National University of Colombia. Its object of study is made up of the transformations in the field of public health from the interventions in the constitutive dimensions of the social issue of Familias en Acción (COL) and Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) programs, during the period 2000-2021. In this way, it is proposed an exploratory, comprehensive interpretive investigation. The research was framed within a qualitative comparative methodology, guided by the following objectives:

General objective

Analyze the transformations in the field of public health from the interventions in the constitutive dimensions of the social issue of Familias en Acción (COL) and Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) programs during the period 2000-2021

Specific objectives

1. Characterize the theoretical link between public health and social issues based on its constituent dimensions: inequality, work and social protection, and quality of life.
2. Characterize conditional transfer policies and their relations with the field of public health as one of the intervention models on the social issue in Latin America and the Caribbean during the period 2000-2021.
3. Understand the incidence of the Familias en Acción (COL) and Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) programs in the field of public health through their interventions in inequality, work and social protection and the quality of life.

The study allowed us to conclude that there is a strong link between the social issue and public health, while also understanding that the device of conditional transfer policies is not superior in health terms, as long as these policies fail to transform, in a structural way, how inequality, work and social protection, and quality of life affect the health/disease/attention/care processes of the population

Keywords: conditional transfer policies, social issue, inequality, work, quality of life.

Contenido

Introducción	1
Capítulo 1	4
Salud pública y cuestión social: afectaciones desde la desigualdad, el trabajo, la protección social y la calidad de vida	4
1.1. Salud Pública y desigualdad.....	8
1.2. Salud pública, trabajo y protección social	18
1.3. Salud pública y calidad de vida.....	29
Conclusiones.....	35
Capítulo 2	38
Políticas de Transferencias Condicionadas: modelo regional de intervención sobre la cuestión social	38
2.1. Delimitación, orígenes y fundamentos de las PTC en América Latina	38
2.2. Consolidación y expansión regional	43
2.3. Los casos elegidos: Colombia y Argentina y su comparación estratégica	48
Conclusiones.....	53
Capítulo 3	55
Políticas de transferencia condicionada y transformaciones en la salud pública	55
3.1. Políticas de transferencias condicionadas y desigualdad	57
3.1.1. Desigualdades vitales y afecciones en la primera infancia	57
3.1.2. Desigualdades existenciales: autonomía, educación y desarrollo	63
3.1.3. Desigualdades de renta: afecciones físicas y emocionales	73
3.2. Políticas de transferencias condicionadas, trabajo y protección social	78
3.2.1. Políticas de transferencia condicionada y trabajo productivo	78
3.2.2. Políticas de transferencia condicionada y trabajo reproductivo	87
3.3. Políticas de transferencia condicionada y calidad de vida	98
3.3.1. Políticas de transferencia condicionada y seguridad alimentaria.....	99
3.3.1. Políticas de transferencia condicionada y hábitat.....	106
Conclusiones	112
Bibliografía.....	121

Lista de tablas

Tabla 1: Expresiones en la salud pública de la cuestión social	36
Tabla 2: Consolidación de las PTC en América Latina Tabla y el Caribe, período 2000-2023.	44
Tabla 3: Elementos centrales de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG)	52
Tabla 4: Categorías de análisis.....	56

Lista de abreviaturas

AUH: Asignación Universal por Hijo para la Protección Social

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

FeA: Familias en Acción

INDEC: *Instituto Nacional de Estadística y Censos* de la República Argentina

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PBS: Plan de Beneficios en Salud

PTC: Políticas de Transferencia Condicionada

SISBÉN: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Introducción

El documento a continuación constituye la tesis final de la Maestría en Salud Pública ofrecida por la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Colombia. La investigación se propuso un abordaje del campo de la salud pública desde las dimensiones constitutivas de la cuestión social y las políticas de transferencia condicionada como dispositivos estatales de intervención.

Las políticas de transferencia condicionada (en adelante, PTC) constituyen el dispositivo de asistencia social en América Latina desde la década de los 90. Estas se configuran, desde sus orígenes, como instrumentos de abordaje de la pobreza a través de transferencias monetarias a familias definidas como pobres o vulnerables con la condición de que asuman un determinado comportamiento, en general, vinculado a prácticas de educación infantil y atención de la salud.

Las PTC se presentan como estrategias estatales justificadas en dos objetivos centrales. En sus diseños oficiales, se argumenta que las PTC buscan, por un lado, aumentar los ingresos a corto plazo y facilitar las prácticas de consumo inmediato limitadas por las condiciones de pobreza de las familias titulares y, por otro lado, aportar a la superación intergeneracional de la pobreza apostando a la acumulación del capital humano. Dentro de esta noción de capital humano, la categoría de salud constituye un eslabón central: en todas las PTC de la región latinoamericana tiene lugar una condicionalidad vinculada a la atención sanitaria, principalmente, de niños/as. De esta manera, el acceso a la asistencia monetaria deviene supeditada a controles de vacunación, peso, talla y, en algunos casos, tratamientos médicos específicos.

En ese sentido, este proceso de investigación se vio orientado por la motivación de desentrañar esa relación entre asistencia social y salud pública en la región. A estos fines, una primera apuesta teórica-epistemológica fue la de ampliar los márgenes de conceptualización y, por consiguiente, de interrogación: la noción de salud pública trascendió las categorías acotadas a la vacunación, peso y talla de la infancia que sostienen a estos diseños institucionales para definirse como la producción y distribución de los fenómenos de salud, enfermedad, atención y cuidado de las poblaciones.

De esa manera, para precisar y situar la relación entre los dispositivos asistenciales y los procesos de producción y distribución que constituyen a la salud pública, se hizo uso de otra categoría central: la noción de cuestión social. Este concepto permitió construir esas mediaciones entre la política asistencial y sus consecuentes transformaciones en el campo sanitario a partir de tres dimensiones constitutivas: desigualdad, trabajo y calidad de vida.

En cuanto a los referentes empíricos, se apostó por un análisis de comparación entre dos de las PTC centrales de América Latina. Para el caso de Argentina, se trabajó con el programa Asignación Universal por Hijo para la Protección Social, mientras que en el caso colombiano se optó por el programa Familias en Acción.

Es así como el problema- objeto de investigación se construyó como **las transformaciones en el campo de la salud pública a partir de las intervenciones en las dimensiones constitutivas de la cuestión social de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) durante el período 2000-2021.**

En coherencia con el problema-objeto, los objetivos que guiaron el trabajo de investigación fueron los siguientes:

Objetivo general

Analizar las transformaciones en el campo de la salud pública a partir de las intervenciones en las dimensiones constitutivas de la cuestión social de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) durante el período 2000-2021

Objetivos específicos

1. Caracterizar la relación teórica entre salud pública y cuestión social a partir de sus dimensiones constitutivas: desigualdad, trabajo y protección social y calidad de vida.

2. Caracterizar las políticas de transferencia condicionadas y sus relaciones con el campo de la salud pública como uno de los modelos de intervención sobre la cuestión social en América Latina y el Caribe durante el período 2000-2021.

3. Comprender la incidencia de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) en el campo de la salud pública a través de sus intervenciones en la desigualdad, el trabajo y la protección social y la calidad de vida.

Para lograr estos objetivos, se realizó una investigación exploratoria, interpretativa comprensiva. La indagación se enmarcó en una metodología comparativa de tipo cualitativa.

El documento final consta de tres capítulos analíticos. En el primero de ellos se construye la relación teórica existente entre las categorías de salud pública y cuestión social. De esa manera, se presenta un abordaje minucioso en torno a los aportes conceptuales que sustentan la relación entre la salud pública y la configuración de las dimensiones constitutivas de la cuestión social: desigualdad, trabajo y calidad de vida. Como producto de este trabajo analítico, se identifican los principales indicadores sanitarios que expresan esta vinculación y se seleccionan aquellos que se utilizarán como insumos en el capítulo 3.

En el segundo capítulo, el foco principal de análisis se concentra en las políticas públicas seleccionadas como referentes de este estudio. En ese sentido, el capítulo se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, se presenta un apartado orientado a rastrear los orígenes de las PTC en América Latina y el Caribe y los principales fundamentos que, desde los discursos oficiales, le dan sustento a su creación. Luego, se ofrece un breve apartado destinado a dimensionar y analizar su proceso de consolidación, lo que permitirá identificar la magnitud y expansión de este modelo en la actualidad. Posteriormente, se presenta con una aproximación a los casos elegidos para la comparación: Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG).

En el último capítulo, se presentan, finalmente, los análisis en torno a las transformaciones ocurridas en el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado a partir de la percepción de las transferencias condicionadas. Finalmente, se ofrecen conclusiones y discusiones producto del trabajo investigativo.

Capítulo 1

Salud pública y cuestión social: afectaciones desde la desigualdad, el trabajo, la protección social y la calidad de vida

Este capítulo tiene como objetivo caracterizar la relación teórica que se presenta entre salud pública y cuestión social a partir de sus dimensiones constitutivas: desigualdad, trabajo y protección social y calidad de vida. De esa manera, el apartado se estructura de la siguiente manera: inicialmente se presenta el recorte epistemológico y conceptual desde donde se comprenderán las categorías claves consideradas en el capítulo: salud pública y cuestión social. Luego, se ofrecen las tres claves analíticas centrales que permiten construir la relación teórica entre ambas categorías (desigualdad, trabajo y protección social y calidad de vida). Finalmente, se presenta una breve síntesis que recoge los principales hallazgos y discusiones.

De esa manera, el punto de partida lo constituye una conceptualización de la noción de salud pública que delimitó el campo de estudio. A esos fines, se parte de reconocer que en este campo es factible identificar corrientes de pensamiento en disputa que, desde posiciones ontológicas, epistemológicas y praxeológicas específicas, definen a la salud pública e intervienen sobre ella de manera diferencial (Morales Borrero et al, 2013). En ese sentido, en los aportes de Gómez (2012), Fierros Hernández (2014), Sarmiento Machado (2013), se identifica un elemento en común: el concepto de salud pública se presenta como un término que, por un lado, permite definir tanto un *saber*, como una *práctica* y un *hecho colectivo* y, por el otro, se constituye como un concepto histórica y territorialmente situado, que se ha modificado a lo largo de la historia de acuerdo con los distintos mecanismos organizados de protección y comprensión de la vida en común. Wilkinson y Pickett (2017) afirmarían que “la historia de la salud pública es, en cierto sentido, la historia de los cambios de idea sobre las causas de la enfermedad” (p. 95).

En esta investigación se reconoce, asimismo, que las diferentes maneras de delimitar el campo de la salud pública no remiten únicamente a diferencias de enunciación, sino que responden y dan lugar a posiciones políticas y epistemológicas diferenciadas desde las cuales se comprenden los procesos de salud y se actúa e interviene sobre ellos. En ese

sentido, frente a este reconocimiento, en los próximos párrafos se presentarán aquellos aportes que permitieron construir un concepto de salud pública pertinente para guiar y enmarcar esta investigación.

Inicialmente, organismos internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ofrecen ciertas delimitaciones conceptuales que tienen gran peso no sólo en la academia, sino también en el diseño y planificación de políticas públicas. Sarmiento Machado (2013) presenta con claridad cómo la noción de salud pública de la OMS, inicialmente entendida como “las acciones colectivas e individuales, tanto del Estado como de la sociedad civil, dirigidas a mejorar la salud de la población” (p. 152), se expandió a partir de aportes de pensadores de la OPS como Terris. Este último propone delimitar el concepto a “la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud y el desarrollo de sus potencialidades” (citado en Sarmiento Machado, 2013, p 152).

En ese sentido, a los fines de esta investigación, se recuperará la noción de determinantes sociales de la salud para explicitar la relación entre los procesos sociales tales como el trabajo, la pobreza y las inequidades con los procesos de salud-enfermedad. Se asume, entonces, “que los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera una exposición y vulnerabilidad diferenciales que explican la distribución de las inequidades en salud” (Morales Borrero et al, 2013, p. 800).

Asimismo, la incorporación de perspectivas de género en el campo de la salud pública ha permitido y, exigido en la misma medida, ampliar esta delimitación conceptual incorporando la noción de cuidado (Pautassi, 2016, Domínguez Mon, 2015 y 2017). Al respecto, Domínguez Mon (2017) plantea que, desde fines del Siglo XX, a raíz de las transformaciones epidemiológicas latinoamericanas y el crecimiento de las afecciones crónicas, en el campo de la salud pública fue necesario incorporar esta categoría como eje

fundamental en la atención de malestares y en la construcción de salud. La autora define al cuidado dentro del espectro de salud pública como un conjunto de:

actividades prácticas concretas que desarrollan las personas en función de brindar protección a quienes consideran en relación de dependencia (sea esta transitoria o permanente), o en situación de vulnerabilidad (también permanente o transitoria) y a toda aquella persona que lo requiera para el mantenimiento y sostenimiento de su vida. (p. 378).

Incorporar la categoría de cuidado dentro del campo de la salud pública implica, entonces, ampliar la mirada hacia los procesos y prácticas de protección, atención, rehabilitación, que se originan en la domesticidad y se sostienen, principalmente, en trabajo feminizado no remunerado (Mendes Diz, Domínguez Mon y Schwarz, 2011). En acuerdo con Pautassi (2016 y 2021), desde este enfoque se sostiene la centralidad del cuidado dentro de la reproducción de la vida y el proceso de salud, por lo que la conceptualización del campo de la salud pública incluiría, necesariamente todas las tareas domésticas que permiten resolver necesidades cotidianas a nivel material y simbólico: desde el autocuidado hasta el cuidado directo hacia otros/as, incorporando tanto la generación de condiciones propicias para el cuidado (compra de alimentos, el pago de servicios, el lavado de la ropa, entre otras actividades) como la gestión del cuidado (la organización de horarios, los traslados, el acceso a instituciones educativas y de salud, entre otras) (Ceminari y Stolkner, 2018).

Teniendo en cuenta estos aportes, a los fines de esta investigación, se entenderá a la Salud Pública *como el campo de conocimiento e intervención sobre la producción y distribución de los fenómenos de salud, enfermedad, atención y cuidado de las poblaciones. Estos fenómenos incluyen tanto la atención, disminución y rehabilitación de dolencias, discapacidades, lesiones o malestares como la organización de esfuerzos orientados a la promoción de la salud, el bienestar y la calidad de vida de las poblaciones. Asimismo, se asume que el proceso de producción y distribución de estos fenómenos se encuentra determinado por las formas de organización política, económica y cultural de la comunidad.*

La segunda categoría, la cuestión social, constituye una noción fundacional de las ciencias sociales en general y del campo de la política social, en particular (Grassi, 2006).

En este proceso de indagación se la comprendió como una contradicción inherente y una falla estructural de las sociedades capitalistas contemporáneas (Grassi, 2006), contradicción que se experimenta como una posibilidad constante de fractura y crisis societal. En palabras de Castel:

La 'cuestión social' es una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo en cuestión la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina una nación) para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia. (1997, p. 20)

Dubet (2017) señalará que esta tensión fundamental radica en la afirmación de la igualdad de todos los individuos y las inequidades producidas por el mercado y sus lógicas de competencia:

Declarando que “todos los hombres nacen libres e iguales”, la Revolución Francesa ha abierto una contradicción decisiva entre la afirmación de la igualdad fundamental de todos y las inequidades sociales reales, las que dividen a los individuos según los ingresos, las condiciones de vida y la seguridad (...) resultaba sin embargo claro para muchos que, sin intervención pública y sin un proyecto social capaz de atenuar esos mecanismos desiguales, las sociedades democráticas no sobrevivirían a la cuestión social y a las heridas inferidas por el funcionamiento de un capitalismo sin contenciones. (Dubet, 2017, p. 17)

Grassi (2006 y 2019) coincide en que la contradicción que da origen a la cuestión social en el capitalismo moderno refiere a la disyuntiva entre la desposesión y la igualdad-libertad, pero aporta que, en las sociedades contemporáneas, esa falla estructural no se presenta ya como una posibilidad constante de ruptura, sino que, en cada época y sociedad, se operacionaliza y expresa en problemas sociales específicos, conformados y constituidos por las maneras en las que se interroga, se interpreta y se interviene sobre ella. En ese sentido, de acuerdo con la autora, la cuestión social y sus diversas expresiones dan lugar,

en cada época y territorio, a sistemas de regulación, contención y disciplinamiento de la reproducción social a través de mecanismos de protección: las políticas sociales.

De ese modo, discusiones fundacionales en torno a la cuestión social como las de Castel (1997) situarán esta aporía en el marco de las relaciones salariales y los mecanismos de protección que de allí se derivan, mientras que aportes contemporáneos como los de Dubet (2017) y Grassi (2006 y 2019) concentrarán el análisis en sus expresiones en materia de desigualdad y precariedad de las condiciones de vida. Recuperando estos aportes de manera dialógica, en esta investigación se asume que, en la contemporaneidad, la cuestión social se expresa en tres dimensiones constitutivas: la desigualdad, el trabajo y la protección social, y la calidad de vida de las poblaciones.

De esta manera, con estas delimitaciones conceptuales iniciales, se realizó una revisión sistemática de bibliografía a los fines de identificar cuáles son las relaciones teóricas existentes entre ambas categorías. Este trabajo analítico se realizó con el horizonte de construir mediaciones teóricas entre las políticas asistenciales elegidas como objeto empírico de indagación y los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado. Es decir, en este apartado se pretende explicitar cómo las dimensiones constitutivas de la cuestión social (desigualdad, trabajo y protección social y calidad de vida de las poblaciones) generan afecciones en el campo de la salud pública para, luego, indagar cómo esas dimensiones constitutivas se ven transformadas, o no, por los diseños de política pública escogidos.

1.1. Salud Pública y desigualdad

Como punto de partida para el desarrollo de este apartado, se recuperan los aportes de Therborn (2010 y 2013) quien plantea que la desigualdad se configura como un orden sociocultural que reduce las posibilidades de los sujetos de funcionar como seres humanos. Este orden tiene múltiples expresiones, que serán abordadas a lo largo de los próximos párrafos, pero parten de una premisa fundamental para este estudio: las desigualdades constituyen una violación y una restricción a las capacidades humanas.

Por otro lado, la categoría de desigualdad es una categoría fundacional y central de las ciencias sociales. Jelin, Motta y Costa (2020) señalan cómo el interés académico por conceptualizar, explicar e investigar esta categoría asistió a un giro y fortalecimiento en

América Latina a partir de la instalación del neoliberalismo como modelo de organización de los estados. En tanto los efectos del capitalismo global y las políticas neoliberales impulsaron una nueva centralidad del mercado en la distribución y redistribución de la riqueza, la investigación en torno a desigualdades sociales se fortaleció y transformó. Entre otros, los aportes de los/as autores/as permiten reconocer un cambio desde un interés exclusivo en las desigualdades socioeconómicas hacia una ampliación del concepto, incluyendo disparidades en base al género, la edad, la etnia, los territorios y las ecologías.

En coherencia con estos aportes, entonces, en este documento se asume que la categoría de desigualdad no se vincula de manera única con desigualdades socioeconómicas. Por el contrario, se reconoce la nominación que realiza Therborn (2010 y 2013) entre desigualdades de orden vital (vinculadas a las oportunidades desiguales construidas socialmente frente a la vida y supervivencia del organismo humano), de orden existencial (relacionadas con las posibilidades desiguales de autonomía, dignidad y desarrollo personal) o de renta (vinculadas a la disponibilidad de recursos monetarios). Con esta premisa teórica como guía, el siguiente apartado se ocupa de indagar cómo las desigualdades, en sus tres órdenes de expresión, de manera interrelacionada, producen formas específicas de vivir, enfermar y morir.

A estos fines, un aporte orientador serán las producciones de Benach (2021) y Benach, Vergara y Muntaner (2008), quienes sostienen que la desigualdad constituye la mayor epidemia del Siglo XXI y que permite explicar las diferencias abismales en las maneras de enfermar y morir a nivel global. De esa manera, plantean que la desigualdad en salud se caracteriza a partir de, al menos, cinco elementos: su carácter enorme, gradual, creciente, adaptativo e histórico.

Los autores afirman, desde el enfoque de los determinantes sociales en salud, que las desigualdades en salud tienen una magnitud enorme en tanto aquellas poblaciones que viven en las condiciones socioeconómicas más privilegiadas de un país o una ciudad asisten a procesos de salud de mejor calidad que aquellos de las poblaciones menos favorecidas. De esta manera, las diferencias producidas por la desigualdad en la probabilidad de morir entre las clases más vulnerables a nivel global son mayores, por ejemplo, que aquellas producidas por factores tales como el tabaquismo, a pesar de haber sido el fenómeno más estudiado durante la segunda mitad del siglo XX en el mundo.

En cuanto al segundo elemento, su carácter gradual, los autores plantean que las desigualdades en salud se expresan a lo largo de toda la escala social. De esa manera, en diálogo con Lima Barreto (2017), se sostiene que la relación entre desigualdad y salud no constituye un problema pura y exclusivamente de la pobreza: no basta con comprender que aquellos sectores más empobrecidos se enferman y mueren de manera diferencial. Por el contrario, la desigualdad permite comprender cómo a medida que se concentra más la riqueza y se disminuye y limita el acceso a bienes como la educación, el alimento y la atención sanitaria, la salud de las poblaciones también empeora de manera progresiva.

Asimismo, las desigualdades en salud pueden caracterizarse como crecientes. Esto implica que la desigualdad constituye un fenómeno persistente y que, a pesar de que durante el siglo XX en general las tasas de mortalidad de los países se han reducido y la esperanza de vida se prolongó, las desigualdades en cuanto a las formas de morir de acuerdo con las clases sociales se han agrandado (Benach y Muntaner, 2005 y Wilkinson y Pickett, 2009).

En palabras de Therborn (2013), esto significa que la desigualdad de clase *mata*, en tanto deriva en diferencias concretas en esperanza de vida, *afecta*, en tanto genera enfermedades y padecimientos que acompañan la vida de manera diferenciada de acuerdo con la clase social, y *atrofia*, en tanto determinadas privaciones, principalmente en la infancia, disminuyen las posibilidades de desarrollo humano a lo largo de toda la vida. Algunos indicadores que permiten especificar este concepto se abordarán en los próximos párrafos.

Retomando las características de las desigualdades en salud, es posible acercarse a ellas, también, en clave de adaptativas. Esto implica incorporar una nueva categoría: la noción de “ley inversa de atención sanitaria”. Con ese término, los autores refieren al proceso mediante el cual los grupos más privilegiados en las escalas socioeconómicas se apropian y benefician antes y de mejor manera de las acciones públicas, sociales y colectivas dirigidas a mejorar la salud. Esto significa que la organización específica de los sistemas sanitarios es consecuente con sostener y reproducir las escalas de desigualdad sociales: a mayores necesidades, menor y peor atención, ya sea en servicios de prevención, promoción y/o curación de la enfermedad (Benach, Vergara y Muntaner, 2008).

La ley inversa de atención sanitaria como dimensión de las desigualdades en salud ha sido abordada desde la academia en relación con las inequidades de género. A inicios de

siglo, Gómez Gómez (2002) ya planteaba cómo, a pesar de las necesidades particulares y crecientes de atención sanitaria que viven las mujeres en su edad reproductiva, estas ocupaban un lugar de desventaja en cuanto a las barreras de acceso a la atención. De manera más específica, el autor analiza cómo en el marco de las transformaciones neoliberales del sistema de salud y la creciente figura del aseguramiento como mediadora en el acceso al derecho a la atención sanitaria, las mujeres viven una desventaja clara sostenida en, al menos, dos elementos con estrecha vinculación entre sí: por un lado, la carga cultural y social que asumen en términos de cuidado doméstico y, por el otro, la menor capacidad económica y las brechas estructurales de ingresos.

Sánchez Recio et al (2021) y Ahumada Vega (2017) ofrecen algunos aportes sumamente actualizados para comprender la noción de ley inversa de atención sanitaria. Las autoras presentan un análisis en torno a la desigualdad de género en el acceso a la atención sanitaria y la vinculan de manera directa con los estratos socioeconómicos y las inequidades de clase al observar el acceso a servicios de atención primaria, los primeros cuidados de enfermería y la salud bucodental. Asimismo, los aportes de Ugarte- Gurrutxaga (2017) y Aizenberg (2019) señalan cómo estas desigualdades sostenidas en patrones de género en el acceso a la atención sanitaria se refuerzan en las trayectorias vitales de aquellas mujeres empobrecidas y migrantes. La interrelación entre desigualdades materiales, de género y territoriales permite comprender, para las autoras, cómo las mujeres migrantes acceden en menor medida a sistema de atención de salud sexual y reproductiva y salud perinatal, aun cuando sus condiciones materiales de vida las colocan en una situación de mayor vulnerabilidad y desprotección.

Por último, los autores caracterizan a las desigualdades en salud como históricas. Esto implica que la desigualdad cambia, se adapta y se expresa de manera diferenciada a lo largo del tiempo y los territorios: “en definitiva, la sociedad cambia, las enfermedades varían y los servicios sanitarios mejoran, pero el gradiente de diferencias en salud injustas y evitables persiste o aumenta” (Benach y Muntaner, 2005, p. 65).

Este carácter histórico de las desigualdades en salud se puede profundizar con los aportes de Lima Barreto (2017). Inicialmente, en su literatura se puede identificar un punto de diálogo y encuentro con los aportes presentados de Benach, Vergara y Muntaner (2008), en tanto ambas propuestas teóricas coinciden en que las desigualdades visibles en el campo sanitario responden y tienen su raíz explicativa en desigualdades observadas en

otros planos de la vida social, económica y política. Al mismo tiempo, coinciden también con Wilkinson y Pickett (2009) en sostener que las desigualdades en salud se transforman históricamente, se expresan de manera diferenciada y, principalmente, persisten en el tiempo, tanto en países enriquecidos como aquellos de menor desarrollo económico. Al respecto, sostienen que:

Los problemas de los países ricos no son la consecuencia de que estas sociedades no sean lo suficientemente ricas-tampoco de que lo sean demasiado-, sino de que las diferencias materiales entre las personas, dentro de cada sociedad, son excesivamente grandes. Lo que importa es qué posición ocupamos, en relación con los demás, dentro de nuestra propia sociedad (Wilkinson y Pickett, 2009, p. 43).

Para Lima Barreto (2017), entonces, en el contexto actual de internacionalización y globalización de las economías, las desigualdades en salud pueden distinguirse hacia el interior de las naciones como entre ellas. A los fines de complejizar esta idea, Benach y Muntaner (2005), sostienen que las desigualdades en salud actualmente se caracterizan como ubicuas: es decir, abarcan todos los campos y escalas de estudio, ya sea se valoren desigualdades entre regiones, continentes, países, o al interior de ellos y/o categorías como clase, género o etnia. El concepto de desigualdad global en salud (Lima Barreto, 2017), se comprende, entonces, como el resultado y la interacción de las relaciones desiguales en sus distintos planos y permite explicar cómo la presencia de enfermedades y problemas de salud aumenta y se agrava entre los grupos que viven condiciones socialmente desfavorables, ya sea entre países o al interior de ellos.

Los aportes teóricos presentados permiten sostener, entonces, que existe una vinculación contundente entre la salud pública y la desigualdad en tanto primera expresión de la cuestión social, vinculación que se sostiene en diversas dimensiones comprendidas desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud: ya sea en las desiguales condiciones de salud/enfermedad, en los niveles de riesgo para cada grupo poblacional o en el acceso diferenciado a recursos sanitarios. Asimismo, a nivel global, esa relación se puede expresar en diversos indicadores que permiten caracterizar su magnitud y relevancia. Los índices de esperanza de vida, por ejemplo, constituyen una expresión

central: a pesar de que, a nivel mundial, la esperanza de vida aumentó entre 2016 y 2020 un 8%, las diferencias entre países de acuerdo con el ingreso continúan siendo profundas. A nivel global, la esperanza de vida al nacer para el año 2020 para varones era de 71 años y para mujeres, 75 años, mientras que, para Sierra Leona este indicador en el mismo año era de 55 años, y, para una persona nacida en Japón, 85 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En este punto, resultan valiosos los aportes de Peralta et al (2018). Los/as autores/as, al estudiar el caso de Chile, señalan cómo la esperanza de vida no sólo se encuentra determinada por desigualdades de clase, sino también, de género. En ese sentido, discuten que vivir más años no implica, necesariamente, vivir mejor. Por el contrario, señalan que, en términos de calidad de la salud, las mujeres se encuentran en situaciones más desfavorables que los varones. Sustentan esta afirmación mostrando cómo dos de cada tres personas mayores dependientes son mujeres, tanto valorando dependencia en clave de actividades de la vida cotidiana (índice de AVD) como actividades instrumentales de la vida cotidiana (índice de AIVD). Al mismo tiempo, las mujeres adultas en Chile dependen, en mayor medida, de la polifarmacia (con un promedio de 3.9 medicamentos para ellas y 3 para varones) y presentan más deterioro cognitivo (12.1% para mujeres y 10% para varones) (Peralta et al, 2018).

Los indicadores de mortalidad infantil también resultan centrales para este argumento. Los/as niños/as en África Subsahariana asisten a 15 veces más de probabilidades de morir antes de cumplir 15 años que aquellos/as nacidos/as en las regiones consideradas como desarrolladas (Requeijo et. al, 2015, en Lima Barreto, 2017) Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil más alta para el año 2020 fue, también, en Sierra Leona (80 muertes por cada 1.000 nacidos vivos). En América Latina y el Caribe destacan los valores de Haití, República Dominicana, Santa Lucía, y Bolivia (47, 28, 22 y 21 muertes cada 1.000 nacidos vivos respectivamente). En contraste, para el mismo indicador, las más bajas fueron San Marino, Japón y Eslovenia, entre otros (2 muertes cada país cada 1.000 nacidos vivos para el mismo año) (Banco Mundial, 2022).

Una tercera expresión de la relación entre desigualdad y Salud Pública es la prevalencia de enfermedades infecciosas y las muertes causadas por estas. En el caso de la Tuberculosis, por ejemplo, más del 95% de las muertes mundiales por esta enfermedad se producen en países de ingresos bajos (Organización Mundial de la Salud, [OMS] 2019),

mientras que 30 países en el mundo acapararon, en el 2018, el 87% de los casos, lo que se asocia a desigualdades en el reparto de la riqueza y en el acceso inequitativo a servicios de atención sanitaria (Instituto Nacional de Epidemiología [INE], 2015).

Otro ejemplo relevante en el campo de las enfermedades infecciosas lo constituyen los indicadores en torno al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). De acuerdo con estadísticas de la OMS (2020), para el año 2020 se estimaba que, a nivel mundial, 37.7 millones de personas vivían con VIH y que, al menos dos tercios de este total (25,4 millones) vivían en el continente africano. El organismo atribuye esta distribución desigual de la incidencia del VIH en el mundo al acceso limitado a servicios de diagnóstico temprano, las inequidades en la distribución de recursos de tratamiento antirretroviral (TAR) y a escasas políticas de prevención, lo que decantó en que, a nivel global, sólo el 54% de los/as niños/as que vivían con VIH en el 2020 recibían TAR. Mientras que en el año 2020 14 países del mundo declararon a la OMS la eliminación de la transmisión maternofilial del VIH, el mismo año, 150.000 niños/as que habitan, principalmente, el África subsahariana, contrajeron la infección por vía maternofilial durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Otro padecimiento que en este siglo se constituye como una enfermedad prevenible es el sarampión. A pesar de contar con vacunas, la OMS (2022) registró, para el año 2017, más de 110.000 muertes causadas por sarampión en el mundo. De acuerdo con este informe, la mayoría de las muertes (más del 95%) tuvieron lugar en países con ingresos bajos per cápita y estructuras sanitarias deficientes, así como también se asociaron a malnutrición infantil y presencia en niños/as de VIH por transmisión materna. En América Latina, los países con mayor incidencia del sarampión son Brasil, Venezuela, Argentina, México (OPS, 2022).

Un último ejemplo que ilustra de manera concisa la desigualdad en la distribución de los padecimientos infecciosos a nivel global es la enfermedad de dengue. De acuerdo con la OMS (2022), en la actualidad esta enfermedad afecta la mayoría de los países asiáticos y americanos y se ha convertido en una de las principales causas de hospitalización y muerte entre niños y adultos de dichas regiones, que acaparan más del 70% de notificaciones de dengue a nivel mundial. Dentro de la región americana, cinco países suman el 85,5% de los casos: Brasil, Paraguay, México, Bolivia y Colombia (OPS, 2022).

Por último, a pesar de que, inicialmente, las enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles fueron asociadas a los ritmos de vida de los países y regiones de mayor

riqueza (Lima Barreto, 2017), en este campo, actualmente, también se puede observar con claridad cómo la desigualdad opera como factor determinante. De acuerdo con la OPS (2022), cada año mueren en el mundo 15 millones de personas de manera prematura por enfermedades no transmisibles, tales como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes.

En este punto cabe recordar que con el concepto de muerte prematura se hace referencia a la muerte de un individuo antes de que este alcance su potencial máximo de expectativa de vida en un determinado momento histórico (Martinez et al, 2019). Este fenómeno también ha sido estudiado por Therborn (2010 y 2013), quien señala cómo en la aceleración e incremento de las muertes prematuras la desigualdad económica y la desigualdad educativa se configuran como factores determinantes. En ese sentido, recuperar estudios epidemiológicos que señalan cómo, para la población estadounidense, quienes tienen 8 años de educación formal sufren enfermedades cardiovasculares, diabetes o padecimientos respiratorios entre 5 y 15 años antes en su curso de vida que personas con al menos 16 años de escolarización. Para el caso europeo, el autor también recupera indicadores que le permiten afirmar que, las mujeres con educación primaria básica tenían, al menos, 5 años más de padecimiento de enfermedades crónicas que los varones con las mismas condiciones educativas.

Si se toma como ejemplo la enfermedad de diabetes mellitus, se estima que para el año 2025 la cantidad de personas viviendo con esta enfermedad aumentará un 41% en países y, al menos, cuatro veces más (170%) en países en desarrollo en relación con los indicadores de finales de siglo pasado (King et al, en Domínguez Alonso, 2013). La misma autora explica que, tal como lo señalaba Lima Barreto (2017), las desigualdades en salud también pueden identificarse hacia el interior de los países: en las áreas más pobres del Reino Unido, el riesgo de padecer diabetes es 2,5 mayor que en aquellas con mayor nivel económico, mientras que el riesgo de sufrir complicaciones como accidentes cerebrovasculares o nefropatías son 3,5 veces más frecuentes entre los grupos de menor capital socioeconómico. La desigualdad educativa, en coherencia con lo presentado por Therborn (2013), juega también un papel importante en este fenómeno: de acuerdo con sus aportes, en Estados Unidos el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares fue 28% mayor en el año 2010 en personas diabéticas adultas con bajo nivel educativo en relación con aquellos con niveles educativos altos (Dray et al, 2010, en Domínguez Alonso, 2013).

También dentro de las enfermedades no transmisibles, en el campo de la salud mental y emocional, Wilkinson y Pickett (2009 y 2017) plantean que la prevalencia en aumento en el último siglo de malestares psíquicos y emocionales como la ansiedad y la depresión se pueden comprender en vinculación directa con el fenómeno de la desigualdad en sus diferentes expresiones. De esa manera, recuperan la relación entre la salud emocional de las poblaciones no sólo con las desigualdades económicas entre países, sino también, con las inequidades sectoriales de renta de cada grupo al interior de las naciones. En ese sentido, plantean que las inequidades en la distribución de los problemas de salud y bienestar se asocian a las diferencias materiales entre las condiciones de vida de las personas, brechas que, durante nuestro siglo, se han ampliado a nivel global de manera exponencial (Korzeniewicz, 2020).

Resulta interesante, llegado este punto, revisar sucintamente cuáles son las expresiones de la relación desigualdad y salud pública específicamente en la región latinoamericana. Esto, no sólo por el interés específico de la investigación en curso, sino también en tanto diversos estudios han definido a América Latina como la región del mundo más desigual y con la concentración de la riqueza más polarizada (Domínguez Alonso, 2013, Ortiz-Hernández et al, 2007, Korzeniewicz, 2020).

En consonancia con esta preocupación, Abramo, Cecchini y Ullman (2022), afirman que las desigualdades en salud constituyen un problema estructural en América Latina. De acuerdo con los/as autores, en la región existe una asociación inversa pronunciada entre la clase social y la mortalidad por una amplia gama de enfermedades, así como también en el acceso seguro a alimentos, en la calidad habitacional de las viviendas y en el acceso a servicios de atención sanitaria profesional.

Diversos y numerosos indicadores permiten caracterizar la relación entre desigualdad y salud y sus particularidades en América Latina: afiliación a los sistemas de salud, presencia de enfermedades infecciosas, mortalidad infantil, suicidios, saneamiento y agua potable, entre otros. A los fines de complementar el análisis precedente, se presentan a continuación tres elementos que permiten especificar la situación regional: afiliación a los sistemas de salud, mortalidad infantil y salud mental para el caso de las enfermedades no transmisibles.

En primer lugar, las brechas en los niveles de afiliación a los sistemas de protección en salud. Para la región de América Latina y el Caribe, en el año 2016, a pesar de la progresiva ampliación de los seguros de salud, persistía una diferencia de 37 puntos porcentuales

entre el decil de menores recursos y el de mayores ingresos en la afiliación y cotización a seguros de salud (CEPAL, 2019). Para el caso colombiano, por ejemplo, Hilarión-Gaitán et al (2019) identificaron que, para la población afiliada al régimen subsidiado, se reportaron para el 2018, 82,31 casos más de malaria por 100.000 afiliados, que los notificados en el régimen contributivo. Asimismo, el pertenecer al régimen subsidiado se asoció con un aumento de 31,74 veces del riesgo de morir por desnutrición en menores de cinco años del país.

Otro indicador representativo de la relación entre salud pública y desigualdad se vincula a las tasas de mortalidad y supervivencia infantil. A modo de ejemplo, en el departamento de Antioquia, Colombia, Mujica y Moreno (2019) estimaron notorias desigualdades en la supervivencia infantil según el nivel de insatisfacción de necesidades básicas. De esa manera, el riesgo de muerte infantil en el quintil de municipios con más alto NBI constituía casi dos veces el riesgo del quintil de municipios con más bajo NBI. Asimismo, el índice de concentración (-14,3% para el año 2015) señalaba la presencia de desigualdad negativa, es decir, una desproporcionada concentración de muertes infantiles en el extremo de municipios con mayor NBI (Mujica y Moreno, 2019).

Por último, en el campo de la salud mental, los aportes de Ortiz-Hernández et. al (2007) resultan centrales. Los/as autores, a través de una revisión sistemática de investigaciones clínicas realizadas en la región, sostienen que la evidencia disponible a la fecha permitía afirmar que, en las personas adultas de los países latinoamericanos, el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos se asociaba con mayor riesgo de: intentos de suicidio, depresión, ansiedad, fobias, disfunción sexual y déficit cognitivo. Asimismo, recuperan investigaciones que caracterizan a las poblaciones hospitalizadas en la región por intentos de suicidio: esta práctica se asocia, primordialmente, con características socioeconómicas vinculadas a la baja escolaridad y el desempleo.

Con base en la bibliografía presentada, entonces, es posible concluir que, efectivamente, existe una relación contundente entre desigualdad y Salud Pública. Esta asociación, de manera sintética, se expresa y ha sido estudiada a través de las siguientes dimensiones: afiliación y prestaciones en salud, esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas o no transmisibles.

1.2. Salud pública, trabajo y protección social

La segunda dimensión considerada constitutiva de la categoría de cuestión social es el trabajo y la protección social. Se recuperaron estas dimensiones en conjunto siguiendo los aportes de Grassi (2018) quien reconoce en el trabajo el principio estructurador de las sociedades capitalistas modernas, las posibilidades diferenciales de reproducción de la vida y los fundamentos que le otorgan sentido a los dispositivos de protección social.

El principio trabajocéntrico (Danani, 2017; Beccaria, Danani y Rottenschweiller, 2018) que ha caracterizado a los andamiajes de la política social permite comprender la pertinencia de abordar en conjunto el trabajo con los mecanismos instituidos de protección. En ese sentido, se apuesta a la propuesta de las autoras quienes reconocen que las transformaciones ocurridas en el plano de las relaciones salariales decantan, de manera inmediata, en modificaciones, precarizaciones y flexibilizaciones de las dinámicas de protección social. En ese sentido, en este apartado se desarrollará la relación teórica entre trabajo, protección social y salud pública y sus principales expresiones a nivel global y regional.

Inicialmente, con el propósito de delimitar el campo de indagación, cabe resaltar que, en tanto eje central de la vida y la reproducción social en el capitalismo moderno (Giraldo, 2018), la categoría de trabajo ha sido interpretada desde las ciencias sociales desde, al menos, dos enfoques distintos. En primer lugar, la venta de la fuerza de trabajo en el mercado de manera asalariada puede comprenderse como una consecuencia de la acumulación originaria y la práctica violenta de despojo que deja a los sujetos sin alternativas reales para resolver sus necesidades humanas (Zubero, 2000). Desde este enfoque, el trabajo, entonces, se conceptualiza como una práctica de opresión. Es en este sentido que, diversos autores, se han interrogado en torno a cómo fue posible que el trabajo asalariado se instalara y naturalizara como único medio legítimo para resolver necesidades en las sociedades modernas. Al respecto, Castel (1997) sostiene que:

Olvidamos que el salariado, que ocupa hoy en día a la gran mayoría de los activos y con el que se relaciona la mayoría de las protecciones contra los riesgos sociales, fue durante mucho tiempo una de las situaciones más inseguras, y también más

indignas y miserables. Se era un asalariado cuando uno no era nada y no tenía nada para intercambiar, salvo la fuerza de su brazo. Se caía en el salariado como degradación del propio estado: las víctimas eran el artesano arruinado, el campesino feudal al que su tierra ya no le daba de comer, el “compañero” que había dejado de ser aprendiz, y no podía convertirse en maestro....Estar o caer en el salariado era instalarse en la dependencia, quedar condenado a vivir “al día”, encontrarse en manos de la necesidad. (P. 13)

Desde esta perspectiva, por lo tanto, el trabajo constituye una expresión, una consecuencia, de la desigualdad inherente a las sociedades capitalistas y se configura como una relación social injusta y sostenida en prácticas de despojo y violencia (Zubero, 2000).

Sin embargo, la construcción simbólica del trabajo como medio legítimo y necesario para la realización humana, ha logrado naturalizar su centralidad en las sociedades modernas y transformarse en un fin en sí mismo, asociado a nociones de moral y dignidad humana. Bauman (1998) explica este proceso de transformación y naturalización a partir de la categoría de ética del trabajo. De acuerdo con el autor, la construcción e instalación de la ética moderna del trabajo se constituyó en una cruzada por imponer y subordinar a poblaciones despojadas a prácticas de dominación y opresión. De esa manera, en los inicios del capitalismo, el trabajo se asoció a la noción de progreso (Mora, 2021) y la imposición de la ética del trabajo permitió desenvolver mecanismos de control y subordinación social que transformara a los individuos en trabajadores como forma de integración al desarrollo capitalista:

La ética del trabajo desempeñó, entonces, un papel decisivo en la creación de la sociedad moderna. El compromiso recíproco entre el capital y el trabajo, indispensable para el funcionamiento cotidiano y la saludable conservación de esa sociedad, era postulado como deber moral, misión y vocación de todos los miembros de la comunidad (en rigor, de todos sus miembros masculinos). La ética

del trabajo convocaba a los hombres a abrazar voluntariamente, con alegría y entusiasmo, lo que surgía como necesidad inevitable. (Bauman, 1998, p. 37)

En un segundo momento, esta manera de comprender al trabajo como la antagonía del ocio de lo no-civilizado, se modificó. En un momento de auge industrial, el trabajo se transforma en un medio para alcanzar la protección social y la promoción dentro de las jerarquías sociales (Mora, 2021). De acuerdo con Topalov (2004), el elemento clave que permitió esta transformación fue el diseño de sistemas de protección social sostenidos en el principio contributivo que permeó integralmente a la política social contemporánea. De esa manera, “el carácter precario de una política social que en el siglo XIX debía inducir al trabajo, fue desplazado, en el siglo XX, por la definición contributiva de una política social que no funcionaba sin contraprestación.” (Mora, 2021, p. 10)

Esta dinámica permite explicar cómo, desde perspectivas como el enfoque de derechos, el trabajo se entienda no cómo una relación desigual e injusta, sino como un elemento necesario y fundamental para lograr la integración social y, sobre todo, para garantizar de una manera legítima la garantía de protección social. La consecución del pleno empleo como horizonte económico y político se fundamenta, entonces, en la vinculación que el principio contributivo establece entre trabajo y protección social: el trabajo se define no sólo como el medio antagónico a la propiedad para reproducir la vida, sino también para hacer frente a las necesidades de protección en situaciones de enfermedad, discapacidad, vejez, entre otras.

Ahora bien, llegados a este punto, resulta necesario identificar cómo en las sociedades contemporáneas resulta problemático el hecho de que el principio contributivo constituya el criterio de garantía de la protección social. Esto en tanto, en escenarios de creciente desigualdad, el principio contributivo como puerta de acceso a la protección social, deja por fuera a grandes poblaciones que no logran vincularse al trabajo de manera formal y, por lo tanto, no se configura como garantía de redistribución de la riqueza. Por el contrario, la política social sostenida en principios trabajocéntricos, se transforma en un mecanismo de reproducción de las desigualdades producto de la relación salarial (Mora, 2021). Al respecto, Dubet (2017), al referirse al criterio contributivo en los regímenes de bienestar, sostiene que: “la igualdad se ve limitada a los incluidos, mientras que los más frágiles, los *outsiders*, encuentran dificultades para entrar en el sistema y para acceder al núcleo duro del mundo del trabajo, con todos los derechos que ofrece.” (p. 34)

En ese sentido, los límites de los regímenes contributivos para ofrecer protección social se sostienen en las fallas de su principal supuesto: el pleno empleo (Mora, 2021, Espino Granada, 2014). Como se desarrollará en los próximos párrafos, el desempleo, el subempleo y la informalidad caracterizan constitutivamente el mundo del trabajo en nuestras sociedades actuales, lo que decanta en una permanente inseguridad e incertidumbre para la vida de las poblaciones (Vite, 2007). Con claridad, Ibarra (2014) incorpora la categoría de *desprotección social* para señalar cómo la erosión y precarización de las relaciones salariales en vinculación con sistemas de seguridad social contributivos consolida, en nuestros tiempos, la vulnerabilidad social y, en síntesis, el sufrimiento humano.

Teniendo en cuenta estas referencias teóricas, entonces, en las próximas páginas se presenta un análisis en torno a la relación entre trabajo y (des) protección social y el campo de la salud pública. Este análisis se sostendrá en la propuesta de la perspectiva regulacionista de la política social (Mora, 2019), que entiende al capitalismo “como un modo de producción contradictorio y en permanente crisis” (p. 169), donde el mundo del trabajo se transforma y configura históricamente de acuerdo con los paradigmas productivos, las dinámicas de acumulación y el modo de desarrollo. De esa manera, se recuperarán lecturas que permiten caracterizar esta relación situada en el modelo neoliberal.

Asimismo, se recuperan, también, los aportes de Aquín et al (2014), quienes operativizan el análisis del mundo del trabajo en una doble expresión. Por un lado, reconocen el conjunto de formas, condiciones y características de los procesos de realización de las capacidades productoras y reproductoras de ingresos del sector de la población que, al no contar con recursos de capital, depende exclusivamente de la venta y explotación de su mano de obra. Por otro lado, reconocen también como trabajo el conjunto de tareas de cuidado intra y extrahogareño, no remunerado, que garantizan el sostenimiento de la vida y que se realizan, en su mayoría, de manera feminizada y en el ámbito de la domesticidad. En acuerdo con las autoras, en este documento se considerará el cuidado realizado en la domesticidad como parte del mundo del trabajo.

Siguiendo a Torres-Tovar (2020) y Antunes y Praun (2015), a nivel global, desde la década de 1970 el mundo del trabajo ha sufrido una transformación estructural guiada por la implementación de políticas neoliberales, que tuvo y tiene un impacto tanto en las condiciones y características de las relaciones salariales como en las situaciones de salud

y vida de los/as trabajadores. Nuevas expresiones de la cuestión social vinculadas al mundo del trabajo, como las dinámicas de desempleo y subempleo; los contratos temporales mediante la subcontratación y venta de servicios (Agudelo, 2013); la deslocalización de la producción y la flexibilización de las relaciones laborales (Giraldo, 2018), exponen a los sectores del trabajo a nuevos malestares y deterioros en su salud (Torres Tovar, 2019). A comienzos de siglo, Wilkinson y Pickett (2017) afirmaban que:

Estudios posteriores (...) han demostrado que un estatus laboral bajo no sólo está relacionado con un riesgo mayor de enfermedades cardíacas, sino también con algunos tipos de cáncer, con enfermedades pulmonares crónicas, dolencias gastrointestinales, depresión, suicidio, dolor de espalda y salud autopercebida y con mayores índices de absentismo laboral por enfermedad. (p. 96)

De esa forma, se reconoce la fundamentalidad del mundo del trabajo y sus transformaciones para comprender los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de la población. A los fines de ilustrar y dimensionar la transformación contemporánea del mundo del trabajo, resultan estratégicos los aportes de la OIT. Para el año 2018, la organización registraba que, a nivel mundial, 2000 millones de personas trabajaban de manera informal, lo que representaba, al menos, el 61.2 % del empleo total. Al mismo tiempo, la informalidad laboral incide de manera más contundente en población joven (entre 15 y 24 años) y personas mayores (más de 65 años). En materia de género, la OIT ofrece dos análisis interesantes: en primer lugar, identifican que, a nivel mundial, el empleo informal es una fuente de ingresos mayormente para varones que para mujeres (63% de los varones empleados trabajan en la economía informal, mientras que la cifra para mujeres alcanza el 58%). Sin embargo, sostienen que ese panorama general oculta ciertas disparidades: en países de ingresos bajos, el 92% de las mujeres trabajadoras se desempeña en la economía informal, comparado con el 87.5% para los varones, al tiempo que “las mujeres de la economía informal se encuentran normalmente en situaciones más vulnerables que sus contrapartes masculinas, por ejemplo como trabajadoras domésticas, trabajadoras a domicilio o trabajadoras familiares auxiliares” (OIT, 2018, p. 21)

En este sentido, Torres-Tovar (2020) reconoce que las transformaciones en el campo de la Salud Pública pueden vincularse tanto a la mayor precarización del trabajo, que aumenta la nocividad de las condiciones laborales, como a la falta de empleo seguro, que

decanta en protección social precaria e intermitente para los/as trabajadores y, también, a las limitaciones en las posibilidades organizativas y sindicales de los/as trabajadores, lo que implica “una nula o escasa participación de los trabajadores en las decisiones empresariales que atañen con su salud” (p. 120). Estas transformaciones se expresan en el incremento de la accidentalidad, enfermedad y muerte laboral, así como también en la precarización de la vida los/as trabajadores y sus grupos familiares y en la negación sistemática de la relación salud y condiciones laborales (Torres-Tovar, 2020).

De esa manera, el autor sostiene que la afectación de la salud y la vida por el trabajo constituye un problema global de salud pública al que caracteriza como *pandemia oculta* por su magnitud, aumento y sistematicidad (Torres-Tovar, 2020). De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el año 2012 ocurrieron 2,34 millones de muertes vinculadas con el trabajo, cifra que se incrementó hacia el 2017 hasta 2,78 millones de muertes anuales por esta causa. En relación con los padecimientos no mortales, la OIT sostiene que cada año ocurren 160 millones de enfermedades profesionales y 374 millones de accidentes en el trabajo, lo que significa un aumento de 57 millones de accidentes laborales entre el 2012 y 2017 (ILO, 2017).

A los fines de especificar estos aportes, una primera vinculación a identificar refiere al empleo, la desprotección social y la salud mental de los/as trabajadores/as. Autores como Han (2012) y Ortiz Viveros, Martínez Pacheco y Ortega Herrera (2015) plantean que ciertas dinámicas económicas específicas de la globalización y el neoliberalismo en el mundo del trabajo como las exigencias de superrendimiento, la supercomunicación, las demandas de hiperproducción y el desmantelamiento progresivo de los dispositivos de protección social se traducen en agotamiento, fatiga, asfixia en las corporalidades de los trabajadores. De esa manera, malestares como la depresión, el síndrome de desgaste ocupacional, burnout, la ansiedad, el estrés, entre otros, configuran el panorama patológico de comienzos de este siglo para la clase trabajadora (Han, 2012), Amable (2009) y Amable, Benach y González (2001).

La inseguridad laboral, en tanto la percepción de la posibilidad de perder el empleo, y su consecuente inseguridad económica (Sora, Caballer y Peiró, 2014) han sido abordadas en estrecha relación con el padecimiento del estrés. Las autoras recuperan una serie de estudios que les permiten asociar la sensación de un posible desempleo con la pérdida de seguridad y confianza en términos individuales, la insatisfacción con el propio proyecto de

vida y la dificultad para la organización económica del tiempo cotidiano. Un aporte interesante que hacen las autoras a la discusión es el reconocimiento de la inseguridad e incertidumbre como un proceso que trasciende las percepciones y los padecimientos colectivos y que, en contextos de crisis, logra configurarse como un constructo colectivo, que trasciende a las organizaciones laborales y, también, familiares.

Espino Granado (2014) presenta esta relación con claridad: el trabajo precario, sin derechos de protección social, genera una doble expresión del estrés. Por un lado, vinculada al miedo al presente, a la incertidumbre de la resolución cotidiana de necesidades, y, por el otro, la ansiedad por el miedo al futuro, a mediano y largo plazo. De esa manera, “se ha asociado la precariedad laboral con un aumento del nerviosismo y la ansiedad, miedo, sufrimiento, depresión y pérdida de la sociabilidad y las relaciones de amistad. También con un mayor riesgo de fatiga crónica, de padecimientos crónico-degenerativos y cardiovasculares (infarto, hipertensión y diabetes), de intoxicaciones, tumores y mayor siniestralidad laboral” (Espino Granado, 2014, p. 389)

Al mismo tiempo, el autor presenta un análisis interesante en perspectiva de género. Sostiene que son los varones, principalmente con hijos pequeños, quienes sufren con más fuerza los padecimientos vinculados a la salud mental en contextos de inseguridad económica. Esto se explica en tanto la incertidumbre en torno a los ingresos económicos afecta de manera directa la posibilidad de cumplir con mandatos asociados al rol de proveedor dentro de la organización doméstica.

Este análisis es congruente, también, con los aportes de Gili, Campayo y Roca (2014) y Martínez Guirao y Tellez Infantes (2016), quienes, además de vincular la inseguridad laboral con los padecimientos de salud mental mencionados, afirman que, en el caso de los varones adultos, esta relación se da con mayor agudeza en tanto operan dos mandatos conjugados: la necesidad de responder al rol de proveedor económico al interior de la unidad familiar, por un lado, y la imposibilidad de solicitar ayuda, atención y/o asistencia profesional a tiempo. Es decir, para los/as autores/as consultados/as, la inseguridad económica incide de manera directa en la construcción y reproducción, también, de las masculinidades (Galoviche, 2021).

Específicamente en torno al desempleo, los aportes de McKee-Ryan et al (2005), permiten conceptualizar a la pérdida del empleo como un evento en el ciclo vital que se configura como una experiencia estresante y que se asocia de manera directa con pérdida

de salud mental; con padecimientos como la ansiedad, la depresión, consumo de sustancias, tendencia al suicidio y, también, con dolores y malestares físicos, principalmente en el campo de la salud cardiovascular y gastrointestinal (Wanberg, 2001 y Hanisch, 1999 citados en McKee-Ryan et al, 2005).

Esta dimensión puede profundizarse a partir de los aportes de Tomasina (2012), quien identifica como emergente en los procesos de salud/enfermedad de los/as trabajadores/as desempleados en las economías neoliberales al “Síndrome del Parado”. Esta expresión refiere al conjunto de signos y síntomas psicofísicos que ocurren asociados al fenómeno del desempleo, presentados en tres fases: una primera instancia de “signo lúdico”, donde el/la trabajador/a se muestra optimista frente a la disponibilidad de tiempo libre, una segunda fase caracterizada por la presencia de ansiedad, alteraciones digestivas y cardiovasculares y una tercera, donde se identifica un padecimiento subjetivo caracterizado como depresión. Este análisis es sumamente coherente con los aportes de Gili, Campayo y Roca (2014), quienes afirman que “la salud mental se ve negativamente afectada durante los periodos de precariedad económica” (p. 104) e identifican al desempleo como el elemento determinante más importante para explicar los aumentos de tasas de trastornos de estados de ánimo, depresión, ansiedad y consumo de alcohol.

A modo de ejemplo, los aportes de Acosta-Rodríguez, Rivera-Martínez & Pulido-Rull (2011) permiten dimensionar la relación entre desempleo y depresión. Los/as autores trabajan con un grupo de adultos/as desempleados/as en México e identifican que, para el año 2011, más del 50% de su muestra de estudio presentaba síntomas de depresión severa, con mayor frecuencia de la pérdida de iniciativa y voluntad: “el sujeto pierde la capacidad de tomar decisiones, se siente cansado y sin la posibilidad de realizar actividad alguna” (p. 39) y un proceso de somatización principalmente vinculado a la pérdida de apetito, lo que intensifica la pérdida calórica en su dieta vinculada a la caída de su poder adquisitivo.

Asimismo, Tomasina (2012) plantea que dentro de los emergentes negativos en los procesos de salud-enfermedad de los/as trabajadores a partir de la flexibilización, desregulación y externalización del mundo del trabajo, se puede identificar un aumento considerable de los accidentes laborales. La autora sostiene que, a pesar de no tratarse de una nueva patología ocupacional, se puede observar un claro aumento de estos en aquellos sectores donde el modelo productivo con base en una relación salarial precaria se ha

extendido con más fuerza. Estos aportes son coherentes con el análisis ofrecido por Fernández Massi (2022), quien sostiene que, con especial fuerza en América Latina, la acción complementaria de la informalidad laboral con la subcontratación decanta en un aumento de los accidentes laborales y en la disminución de espacios seguros para la vida de los/as trabajadores/as.

El aumento de la siniestrabilidad se vincula, de acuerdo con las autoras, con el modelo de trabajo temporal, de movilidad permanente y ocupación irregular. Fernández Massi (2022) sostendrá, entonces, que la subcontratación se asocia al aumento y la agudización de los accidentes laborales en la medida en que, por un lado, se constituye una especie de competencia entre los protocolos de seguridad en el trabajo y la productividad; por otro lado, en que los empleadores garantizan menos capacitaciones para los/as trabajadores/as subcontratados; en la falta de protección sindical y, por último, en que la alta rotación de los/as trabajadores/as deriva en un menor conocimiento y conciencia de los riesgos reales de cada tarea.

La relación entre subcontratación, precarización y aumento de accidentes laborales resulta tan relevante que, por ejemplo, para el caso de Brasil, Druck (2016) la caracteriza como una epidemia emergente. Algunos indicadores que permiten evidenciar esta afirmación son los siguientes: para el caso de la industria petrolera, durante el período 1995-2013, se notificaron 320 accidentes que derivaron en la muerte de los/as trabajadores/as y, dentro de ellos/as, el 84% asistía a formas de subcontratación laboral. En este rubro, la tasa anual de accidentes fatales para los/as trabajadores/as subcontratados es 50% más alta que para aquellos/as con contrataciones directas y formales. En los rubros del trabajo de construcción y el trabajo eléctrico suceden dinámicas similares, identificando para este último “12,0 accidentes mortales por cada 100.000 empleados de empresa y 67,4 por 100.000 en trabajadores subcontratados, o sea 5,6 veces más” (Druck, 2016, p. 7).

Las lesiones por esfuerzo repetitivo o L.E.R. constituyen otra expresión central en el campo de la salud de los/as trabajadores. Tomasina (2012) sostiene que el aumento de las L.E.R en este modelo productivo responde a las formas de organización de los espacios laborales que no respetan los tiempos fisiológicos necesarios para cada tarea, así como tampoco valoran la necesidad de tiempo de descanso para los/as trabajadores. Si a esto se suma la exigencia de productividad, atada a la remuneración económica que el/la trabajador/a percibe por su jornada, las L.E.R. se configuran como una expresión

emergente de morbilidad obrera. A modo de ejemplo, Barreto (1998) explicitaba que, para ese año, el 52.5% de las enfermedades ocupacionales atendidas por el Sindicato de Trabajadores Químicos de Sao Paulo se vinculaban a L.E.R. y que, dentro de este grupo, el 86.7% de afectadas eran mujeres trabajadoras. Plachesi (2015), por su parte, observando la población de trabajadores en una usina eléctrica en Tandil, Provincia de Buenos Aires, identificó que el 56% de las lesiones de los/as trabajadores fueron contracturas musculares, asociadas a la carga horaria, el peso y las posturas inadecuadas de trabajo, entre otras.

Por otra parte, el cuidado y las tareas de reproducción, en tanto dimensión constitutiva del mundo del trabajo (Aquín, 2014), constituyen otro elemento central para el campo de la salud pública (Pautassi, 2021). De acuerdo con De León (2021), el trabajo de cuidados forma parte de la economía global y “ha sido reconocido por la OIT como promotor de uno de los mercados más dinámicos en los tiempos de crisis” (p. 73). El cuidado, entonces, presenta una doble cara: por un lado, es una actividad que tiene una demanda de mercado que va en aumento, convirtiéndose en una verdadera economía de mercado y, por otro, es una actividad dentro de la cual se producen y reproducen desigualdades de género, clase y raza.

La incorporación de la categoría a las discusiones en el campo de la Salud Pública ha permitido identificar que la carga de cuidado, particularmente en América Latina, se encuentra desigualmente distribuida (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2014). Las autoras refieren que, en tanto la división sexual del trabajo se mantiene inalterada aún con el ingreso progresivo de las mujeres en el mercado de trabajo formal, se produce una sobrecarga de tareas para las mujeres, sobrecarga que se encuentra atravesada y determinada por las estratificaciones de clase y por las posibilidades diferenciadas de ingreso en los hogares.

A modo de indicadores que permitan caracterizar su magnitud, para el caso colombiano, en relación con el trabajo remunerado de cuidados, sólo el 17% de las trabajadoras tiene acceso a seguridad social (y, por ende, a prestaciones vinculadas a riesgos generados en su espacio de trabajo) y un 62% de ellas percibe un salario mínimo o menos. En cuanto al trabajo no remunerado, la desprotección estatal frente a la niñez y la vejez exige una producción doméstica gratuita bajo responsabilidad de las mujeres en torno al cuidado de la vida. Esto se refleja en que el 90% de las mujeres adultas en Colombia

invierten más de 7 horas diarias a las actividades del hogar y no reciben remuneración alguna por su labor (DANE, 2019, citado en De León, 2021).

Una dinámica similar se puede identificar para el caso argentino: siguiendo a Arza (2020), las demandas de cuidado infantil se concentran, principalmente, en las viviendas de los quintiles más empobrecidos. En el quintil 1 de hogares de acuerdo con sus ingresos monetarios, el 40% de las viviendas tenían demanda de cuidado infantil alta y muy alta para el año 2019 (INDEC, 2019, citado en Arza, 2020).

Asimismo, las desigualdades materiales y simbólicas sobre las que se asienta la distribución del cuidado en nuestras sociedades tienen una incidencia clara sobre la salud de las poblaciones. En ese sentido, Ortiz Viveros, Martínez Pacheco y Ortega Herrera (2015) muestran cómo la carga de trabajo doméstico en amas de casa afecta de manera directa su salud psicológica mediante signos de agotamiento emocional y síntomas asociados al estrés como dolores de cabeza, espalda, cuello, pérdida de apetito, etc., y dificultad en la memoria e irritabilidad. En su investigación, los/as autores identifican que, dentro de la población, más de la mitad de las mujeres involucradas presentó signos de agotamiento emocional (50,2%) y síntomas asociados al estrés (58,4%), lo que, en conjunto con la variable de carga de trabajo autopercebida, les permite correlacionar el ejercicio del trabajo doméstico con el Síndrome de Burnout, definido como “el estado final de una progresión de intentos fracasados de manejar el estrés laboral crónico” (p. 50)

Basile y López (2021) permiten complejizar esta relación a partir de su estudio epidemiológico en mujeres cuidadoras en República Dominicana. Los/as autores identificaron una prevalencia de las siguientes enfermedades en el trabajo doméstico: enfermedades del sistema respiratorio como gripes, influenza o asma (72.5% de la población en estudio), enfermedades del sistema osteomuscular el tejido conjuntivo como dolores musculares en espalda y huesos, artritis y trastornos articulares (80.8%), enfermedades del sistema nervioso, expresadas en migraña y dolores de cabeza crónicos 46.7% y trastornos mentales o del comportamiento, expresados en síntomas de depresión, estrés, angustia y/o ansiedad (31.7%). Asimismo, los/as autores registran como principal causa de muerte en las trabajadoras domésticas a las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como diabetes, hipertensión y accidente cerebro vascular.

De esa manera, es posible concluir este apartado afirmando que el mundo del trabajo y la (des)protección social se vincula de manera contundente con los procesos de

salud/enfermedad/atención/cuidado de las poblaciones. Esta relación, asimismo, ha sido estudiada tanto en torno al trabajo productivo, donde se destaca su relación con la accidentalidad laboral, las lesiones por esfuerzo repetitivo, los padecimientos cardiovasculares y gastrointestinales y la salud mental: depresión, ansiedad, estrés y Síndrome del Parado, así como también con el trabajo reproductivo, principalmente en vinculación con enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema osteomuscular, enfermedades del sistema nervioso, trastornos mentales o del comportamiento (depresión, estrés, angustia, ansiedad) y enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, accidentes cerebro vasculares).

1.3. Salud pública y calidad de vida

La calidad de vida, en tanto tercera dimensión constitutiva de la cuestión social, también puede ser caracterizada en relación con el campo de la salud pública a través de una de sus principales expresiones: la categoría de pobreza (Clemente, 2014), entendida como esa situación generalizada y persistente de privación de recursos que impide alcanzar aquellos umbrales mínimos que una sociedad establece como necesidades básicas. En ese orden de ideas, en las próximas páginas se presentarán, en primer lugar y de manera sintética, ciertas precisiones que permiten acercarse a la noción de pobreza desde sus abordajes cualitativos. Luego, se dará cuenta de la revisión que permite vincular el fenómeno de la pobreza con el campo de la salud pública, tomando como orientadora la propuesta de Sen (1999, p. 20) quien relaciona la pobreza con limitaciones para solventar el hambre y la necesidad de una nutrición adecuada, para garantizar servicios de vivienda y para disponer de agua potable.

Al igual que las categorías trabajadas en apartados anteriores, desigualdad y trabajo, la pobreza ha sido abordada, estudiada y medida desde distintos enfoques y aproximaciones teóricas. Inicialmente, los organismos estatales e internacionales se han concentrado en la construcción de índices de medición en torno a la pobreza en dos sentidos. Por un lado, comprendiendo que la pobreza se define como la falta de ingresos suficientes para comprar ciertos bienes y servicios en el mercado, lo que ha dado origen al enfoque unidimensional de la pobreza y a herramientas altamente extendidas como las líneas de pobreza, pobreza extrema o indigencia (Lazzari y Fernández, 2011). El indicador de línea de indigencia o pobreza extrema determina si las unidades domésticas cuentan con ingresos suficientes para garantizar el acceso a alimentos capaz de satisfacer un

umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas. Al mismo tiempo, el indicador de línea de pobreza incluye en su valoración no sólo el costo de los requerimientos alimenticios mínimos en términos energéticos y proteicos, sino también otros consumos básicos no alimentarios (vestimenta, transporte, educación, salud, etcétera) (INDEC, 2016)

A este enfoque se opone una segunda mirada conceptualizada como la visión multidimensional de la pobreza. Esta perspectiva entiende la pobreza en clave de necesidad y valora como objeto aquellos bienes y servicios necesarios para el sostenimiento de un estándar de vida aceptable. Nuevamente, esta aproximación teórica-política ha derivado en herramientas de medición conocidas como Necesidades Básicas Insatisfechas o Índice de Pobreza Multidimensional (Lazzari y Fernández, 2011).

Para el caso de Argentina, se considera que una unidad doméstica es pobre por Necesidades Básicas Insatisfechas si sufre al menos de alguna de las siguientes carencias o privaciones: vivienda de tipo inconveniente (vivienda de inquilinato, precaria u otro tipo), viviendas sin cuarto de baño, hacinamiento crítico (más de tres personas por cuarto), hogares con niños en edad escolar (6 a 12 años) que no asisten a la escuela y hogares con cuatro o más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe de hogar tiene bajo nivel de educación (dos años o menos en el nivel primario) (INDEC, 2022).

En Colombia, el indicador utilizado es el Índice de Pobreza Multidimensional, compuesto por cinco dimensiones: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y juventud, salud, trabajo, acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda. Cada una de estas dimensiones se divide en tres indicadores, lo que nos da un total de 15 indicadores valorados. Los hogares son considerados pobres multidimensionalmente cuando tienen privación en por lo menos el 33,3% de los indicadores. (DANE, 2021)

Para la región latinoamericana, Abramo, Cecchini y Ullman (2022), sostienen que, desde el 2015, se registra un aumento de la pobreza y, en especial, de la pobreza extrema. De acuerdo con CEPAL (2022) las tasas de pobreza y pobreza extrema aumentaron en la región respectivamente de 27,8% y 7,8% en 2014 hacia el 33,1 y 13,2% en la actualidad.

En relación con el campo de interés, la incidencia de los niveles crecientes de pobreza en los procesos de salud/enfermedad/cuidado puede valorarse a partir de distintos

indicadores. Como se adelantó, a los fines de este documento se recuperará el análisis en relación con tres elementos claves: alimentación, agua potable y hábitat.

Inicialmente, la pobreza constituye un determinante central en el acceso seguro a alimentos, tal como lo señalan Kovalskys et al (2020). Recuperando los aportes de Urquía Fernández (2014), a nivel mundial, para el año 2013:

(...) más de 840 millones de personas sufren de subalimentación profunda. Para ellos, la disponibilidad de energía alimentaria no es adecuada ni siquiera para cubrir las necesidades mínimas de un estilo de vida aceptable. Este estado de privación alimentaria se ha mantenido además por un periodo superior a un año, por lo cual esta población sufre de una forma extrema de inseguridad alimentaria.

(p. 93)

En sus publicaciones más recientes, la FAO (Food and Agriculture Organization) sostiene que, en el año 2020, entre 720 y 811 millones de personas en el mundo pasaron hambre. Al mismo tiempo, el número de personas afectadas por la falta de acceso a alimentos se profundizó en contexto de pandemia: “considerando la mitad del rango proyectado (768 millones), 118 millones de personas más enfrentaron hambre en 2020 que en 2019, con estimaciones que van desde 70 a 161 millones” (FAO, 2020).

La desigualdad y la privación en el acceso a alimentos tiene como correlación problemas de salud pública severos e importantes. La bibliografía consultada (FAO, 2020; Urquía Fernández, 2014) destaca padecimientos de malnutrición, desnutrición y obesidad como los más relevantes, problemas que, a su vez, se distribuyen desigualmente en los territorios. Para el caso de la desnutrición, “del número total de personas desnutridas en 2020 (768 millones), más de la mitad (418 millones) vive en Asia y más de un tercio (282 millones) en África, mientras que América Latina y el Caribe representa alrededor del 8 por ciento (60 millones)” (FAO, 2020)

A los fines de profundizar en la realidad latinoamericana, se recuperan nuevamente los aportes de Kovalskys et al (2020). De acuerdo con los/as autores/as, dentro del territorio argentino, el quintil de menores ingresos consume, en promedio, un 38% menos de frutas y verduras que el quintil más alto, mientras que basan un 15% más su alimentación en

carbohidratos en general, lo que implica una mayor exposición a dietas no saludables y asociadas a mayor presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como desnutrición y malnutrición infantil.

Asimismo, para el caso colombiano, Ruiz-Ruiz (2018), sostiene que las muertes por desnutrición infantil tienen una correlación directa con la calidad de vida de la población: “la correlación establecida entre las defunciones a causa de la desnutrición y el índice de pobreza multidimensional corroboran esta afirmación. Para el país esta correlación es de 0.70, con un aumento en algunos casos a 0.98” (p. 67)

En este punto, es relevante recuperar los aportes de Vizcarra (2008), quien introduce la categoría de *feminización del hambre* para explicitar que, incluso al interior de los mismos grupos familiares, la inseguridad alimentaria se expresa con mayor agudeza en las mujeres adultas. La autora explica esta premisa a partir de la noción de división sexual del trabajo, afirmando que la creencia de que los varones constituyen la fuerza productiva y proveedora de recursos económicos al interior de los hogares los coloca en una posición privilegiada en las dinámicas de repartición de alimentos, sobre todo, cuando estos son escasos.

Asimismo, sin desconocer las posibles diferencias en los requerimientos energéticos entre los sexos, la autora revisa una serie de estudios de malnutrición y desnutrición para el caso mexicano y concluye que las prácticas de distribución de alimentos sostenidas en patrones de género, a largo plazo, inciden en todas las poblaciones empobrecidas, cualquiera sea su género. Es decir, el lugar secundario que ocupan las mujeres en la resolución de las necesidades alimentarias afecta, directamente, las posibilidades de crecimiento y salud de las generaciones venideras, expresándose en mayores riesgos de padecer sobrepeso, obesidad y/o malnutrición:

De no corregirse la desnutrición femenina en esta etapa de la vida, en la edad reproductiva puede generarse desnutrición materna, la que a su vez trae al mundo niños con bajo peso al nacer (sin importar el sexo) (Sesia, 2005). La baja ingesta de nutrientes es sin duda un referente de hambre crónica que al perpetuarse de generación en generación, merma y debilita las estructuras sociales de la población, principalmente porque pone a las poblaciones desnutridas o

malnutridas desiguales para obtener capacidades y libertades orientadas a mejorar sus vidas. (p.152)

Esta propuesta es coherente, también, con el aporte de De La Cruz (2018) quien sostiene que existe una relación directa entre el riesgo de padecer inseguridad alimentaria y la jefatura femenina de los hogares. Esto, de acuerdo con su investigación, se incrementa a medida que el nivel educativo alcanzado por la jefatura del hogar es más bajo. De esa manera, autoras como Pautassi (2016) refieren que el proceso de acceso seguro a alimentos remite, fundamentalmente, a dos procesos centrales: cómo se distribuyen, a nivel societal, los recursos necesarios para la vida y cómo se organiza, a nivel doméstico, la provisión del cuidado.

En segundo lugar, se propone analizar la relación entre pobreza y salud pública a través de otro de sus indicadores: el acceso a agua potable, un bien colectivo fundamental para beber, para producir alimentos y para su uso doméstico. De acuerdo con el último informe de la OMS (2022), a nivel mundial, en la actualidad, al menos 844 millones de personas carecen de un servicio básico de suministro de agua potable, lo que incluye a: 159 millones de personas que dependen de aguas superficiales no tratadas, ya sea en lagos, estanques, ríos o arroyos para suplir esta necesidad y 263 millones de personas que se encuentran forzadas a realizar trayectos de más de 30 minutos para acceder a un suministro de agua desde sus lugares de vida. Asimismo, con la progresión de esta problemática, el organismo estima que de aquí al 2025, la mitad de la población mundial vivirá en zonas de escasez de agua potable.

El mismo organismo reconoce que el acceso desigual y limitado a este bien tiene consecuencias directas y contundentes con los procesos de salud. Estas consecuencias se pueden identificar en los más de 220 millones de personas que, en el año 2017, requirieron tratamiento para la esquistosomiasis, una enfermedad crónica producida por lombrices parasitarias presentes en aguas no seguras (OMS, 2022).

Asimismo, en el último informe de saneamiento de la OMS (2022) se registra que: “unas 829 000 personas de países de ingresos bajos y medianos mueren cada año como consecuencia de la insalubridad del agua y de un saneamiento y una higiene deficientes. Estas muertes representan el 58% del total de muertes por diarrea”. Anualmente, se producen 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas infantiles por año, asociadas

a la falta de agua potable. La mejora en la calidad y acceso del agua que se consume a nivel mundial podría evitar anualmente 361.000 muertes de niños/as menores de 5 años. Por último, se reconoce una relación directa entre el consumo de agua no segura y la presencia de cólera, disentería, hepatitis A, fiebre tifoidea, poliomieltis y enfermedades transmitidas por insectos como el dengue (OMS, 2022).

Por otro lado, autoras como Molinares y Echeverría (2011) y Martínez y Minaverry (2008) colocan esta problemática, también, al interior de los procesos y actividades de cuidado. Sostienen que, en áreas de escasez de agua potable, la tarea de provisión del agua para la cocción de alimentos, la higiene del hogar y de los/as niños/as, se incorpora al abanico de acciones que sostienen las mujeres como práctica de cuidado. En ese sentido, los padecimientos vinculados a la falta de agua potable también asumen una característica diferencial de acuerdo con el género:

Al desempeñar esta tarea, las mujeres se encuentran más desprotegidas que los hombres debido a que corren el riesgo de contagiarse con enfermedades al estar en contacto directo con agua de mala calidad y, además, quedan expuestas a ataques en el transcurso de su camino hacia los lugares donde se encuentran los recursos naturales. (Martínez y Minaverry, 2008, p. 258)

Finalmente, las condiciones de habitabilidad y vivienda constituyen otro indicador que permiten acercarse a la relación entre condiciones de vida y salud pública. Para el caso argentino, Bonfiglio y Vera (2018) estimaban que dentro de los hogares urbanos que reproducen su vida cotidiana a través de ingresos informales y/o marginales dentro de la economía de mercado, el 27,2% tenían viviendas precarias, el 15,9% presentaban índices de hacinamiento crítico y el 19,7% de estos hogares presentaba déficit en el servicio sanitario. En Colombia, un estudio representativo es el de Ceballos (2018). Teniendo como referencia a los/as niños/as bogotanos/as, la autora presenta que el 62,5% de la primera infancia en la ciudad habita en las condiciones más deficitarias de habitabilidad en relación con el fenómeno del hacinamiento y la segregación urbana.

Estos indicadores constituyen información central para el campo de la salud Pública, en tanto las condiciones de habitabilidad han sido definidas por diversos estudios como un factor de incidencia fundamental en los procesos de salud. Siguiendo a Ceballos (2018), la

falta de salubridad habitacional de las viviendas afecta negativamente tanto a la salud física como emocional y mental: se relaciona con padecimientos respiratorios agudos y crónicos, con la generación de sentimientos depresivos y de riesgos vinculados a la falta de privacidad.

Conclusiones

A lo largo del capítulo precedente se desarrolló un análisis de las relaciones teóricas entre las categorías de cuestión social y salud pública. Para eso, se abordaron cada una de las dimensiones consideradas como constitutivas de la cuestión social (desigualdad, trabajo y protección social, y calidad de vida) detallando cuáles son sus expresiones en los procesos de salud de las poblaciones.

De esa manera, la primera conclusión a explicitar es la existencia de una relación entre las categorías seleccionadas como conceptos centrales de esta tesis. La revisión exhaustiva de bibliografía ha permitido identificar que tanto la desigualdad, como la precarización del mundo del trabajo, la desprotección social y la falta de calidad de vida tienen incidencias contundentes en los procesos de salud/enfermedad/atención y cuidado de las poblaciones. Inicialmente, se logró explicitar que la desigualdad se configura como determinante de la especificidad de las distintas formas de vivir, enfermar y morir, al tiempo que se caracterizó a la desigualdad en salud como un fenómeno de enormes magnitudes, gradual, creciente, adaptativo e histórico. De manera más precisa, se identificó que las consecuencias de la desigualdad en el campo de la salud pública se expresan tanto en desiguales formas de enfermar y morir, en diferentes grados y niveles de riesgo frente a determinados padecimientos y en un inequitativo acceso a los recursos sanitarios disponibles a nivel global.

En segundo lugar, se explicó cómo la precarización de las formas del trabajo y los mecanismos de desprotección social constituyen otro elemento explicativo en torno a las formas diferenciadas e injustas de vivir, enfermar y morir de la humanidad. Se explicitó la relación entre salud pública y trabajo productivo, haciendo un énfasis específico en las transformaciones del mundo del trabajo en un período caracterizado por la globalización y los modelos neoliberales de Estado donde fenómenos como el desempleo, el subempleo y la precarización adquieren centralidad. Asimismo, se trabajó sobre la relación entre salud pública y trabajo reproductivo, asumiendo que este se sostiene en una división sexual del

trabajo y que coloca a las mujeres que ejercen trabajos de cuidado a exposiciones sanitarias específicas.

Finalmente, se trabajó en torno a la noción de calidad de vida y su expresión fundamental: la noción de pobreza. Al respecto, se desarrolló su relación específica con el campo de la salud pública desde el abordaje de tres problemas centrales: el acceso a alimentos, agua potable y habitabilidad.

Es posible, luego de este desarrollo, sostener que las reconfiguraciones de la cuestión social producen afectaciones específicas en la salud pública, entendida como el campo de conocimiento e intervención sobre la producción y distribución de los fenómenos de salud, enfermedad, atención y cuidado de las poblaciones. A modo de síntesis, en la Tabla n° 1 se presentan de manera esquemática cada una estas expresiones.

Tabla 1: Expresiones en la salud pública de la cuestión social

Dimensiones de la cuestión social		Expresiones en la salud pública
Desigualdad		Afiliación y prestaciones en salud Esperanza de vida al nacer Mortalidad infantil Enfermedades infecciosas Enfermedades crónicas o no transmisibles
Trabajo y protección social	Trabajo productivo	Accidentalidad laboral Lesiones por esfuerzo repetitivo Padecimientos cardiovasculares y gastrointestinales Salud mental: depresión, ansiedad, estrés y Síndrome del Parado.
	Trabajo reproductivo	Enfermedades del sistema respiratorio Enfermedades del sistema osteomuscular Enfermedades del sistema nervioso Trastornos mentales o del comportamiento, (depresión, estrés, angustia, ansiedad) Enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes,

		hipertensión, accidentes cerebro vasculares)
Calidad de vida y pobreza	Inseguridad alimentaria	Desnutrición, malnutrición y obesidad. Enfermedades crónicas no transmisibles
	Falta de acceso a agua potable	Esquistosomiasis Diarrea Cólera Hepatitis A Disentería Fiebre tifoidea Poliomelitis Dengue
	Hábitat y vivienda	Enfermedades respiratorias crónicas y agudas Padecimientos de salud mental asociados a la depresión.

Elaboración propia, 2022.

Capítulo 2

Políticas de Transferencias Condicionadas: modelo regional de intervención sobre la cuestión social

En el capítulo anterior se abordó la relación teórica entre la salud pública y la categoría de cuestión social a partir de sus dimensiones constitutivas. Esta caracterización permitió sustentar cómo el campo de la salud pública se ve afectado de manera directa y contundente por los procesos que constituyen el campo de la política social: la desigualdad, el trabajo, la protección social y la calidad de vida.

Partiendo de esta premisa, entonces, en este capítulo se propone como objetivo caracterizar uno de los modelos de intervención sobre la cuestión social en América Latina y el Caribe durante el período 2000-2021 y sus relaciones con el campo de la salud pública, expresado en el diseño de políticas de transferencias condicionadas (en adelante, PTC).

A los fines de lograr este objetivo, el capítulo se organiza de la siguiente manera: en primer lugar, se presenta un apartado orientado a rastrear los orígenes de las PTC en América Latina y el Caribe y los principales fundamentos que, desde los discursos oficiales, le dan sustento a su creación. Luego, se ofrece un breve apartado destinado a dimensionar y analizar su proceso de consolidación, lo que permitirá identificar la magnitud y expansión de este modelo en la actualidad. Por último, se presenta con una aproximación a los casos elegidos para la comparación: Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG).

2.1. Delimitación, orígenes y fundamentos de las PTC en América Latina

Los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG), objetos de estudio de esta tesis, se ubican dentro del modelo de Políticas de Transferencia Condicionada (en adelante, PTC) que ha permeado el campo de la asistencia social en América Latina y el Caribe en las últimas tres décadas. A

continuación, se presentan, de manera breve, aportes teóricos y conceptuales que permiten delimitar este campo.

Inicialmente, los aportes de Calabria et al. (2010) permiten acercarse a una definición conceptual de las PTC en tanto modelo asistencial en la región. Los/as autores/as afirman que las PTC han cobrado un notable protagonismo en América Latina desde la década del '90 como instrumentos de *lucha contra la pobreza*. Estas consisten en entregar dinero a las familias pobres con la condición de que asuman un determinado comportamiento, en general, vinculado a educación infantil y salud.

Para estos/as autores/as, los objetivos principales de las PTC se orientan en dos sentidos. En primer lugar, buscan aumentar los ingresos a corto plazo y facilitar las prácticas de consumo inmediato y, por otro lado, se orientan a aportar a la superación intergeneracional de la pobreza apostando a la “acumulación del capital humano” mediante la accesibilidad a sistemas de educación, salud, nutrición, etc.

En coherencia con esta conceptualización, Villatoro (2005) las define como los mecanismos de acción estatal orientados a las poblaciones que viven en la pobreza estructural, las poblaciones que viven levemente sobre la línea de pobreza y las poblaciones con necesidades especiales. Sostiene que las PTC tienen como objetivo reducir la pobreza a largo plazo mediante la transferencia monetaria formal a cambio de contraprestaciones por parte de las familias que se constituyen en materia de interés público estatal.

Siguiendo a Cecchini (2014), las PTC conjugan tres elementos específicos en su configuración e implementación, lo que les otorga su especificidad. Por un lado, la transferencia de ingresos monetarios, luego, su condicionamiento en vinculación al uso de ciertos servicios sociales, usualmente sectoriales en salud y educación, y, finalmente, la focalización, priorizando hogares pobres y “extremadamente pobres” (p. 51). A estas dimensiones se pueden incorporar, también, dos elementos más que Rodríguez Enríquez (2011) enuncia como característicos: la prioridad en la focalización a los hogares conformados por niños/as y adolescentes y la preferencia por otorgar la titularidad de la prestación a las mujeres adultas madres.

Los primeros antecedentes de las PTC en América Latina se encuentran en Brasil y México en la década del '90, incorporándose, luego del 2000, Chile y Perú. Dallorso (2013

y 2014) sostiene que la expansión masiva de esta forma de intervención sobre la cuestión social ha desplazado, de manera simultánea, otras modalidades de asistencia e intervención en la región, sobre todo, aquellas centradas en la distribución de especies.

Los fundamentos teóricos y políticos que permitieron la instalación y expansión de esta forma de intervención sobre la cuestión social pueden rastrearse en las producciones de fines de siglo provenientes del enfoque del manejo social del riesgo. Como se presentará, este enfoque se inscribe en la corriente neoclásica de economía que ha sostenido las reformas neoliberales de los Estados latinoamericanos desde fines del siglo pasado (Nemiña y Echandi, 2020). El manejo social del riesgo como base de la política social neoliberal ha sido argumentado, principalmente, a partir del desarrollo de Holzmann y Jorgensen (1999 y 2003), quienes proponen un nuevo marco conceptual para la protección social, presentado como una alternativa superadora para la reducción de la vulnerabilidad y la pobreza coherente con las demandas de la globalización y del mercado internacional.

Este enfoque plantea ciertos elementos centrales que serán claves para comprender el diseño específico de las PTC en la región latinoamericana. Inicialmente, para Holzmann y Jorgensen (1999 y 2003), la protección social se concibe como una red de actores y estrategias, donde interactúan familia, comunidad, sociedad civil, mercado y gobiernos. Estos actores conforman una malla de protección a la que los sujetos, de manera individual, pueden apelar en situaciones de riesgo y crisis.

Estas situaciones de riesgo provienen tanto de catástrofes *naturales* como de dinámicas sociopolíticas y económicas que confrontan a los individuos a la necesidad de hacer uso de estrategias de mitigación y/o reducción del daño. De esa manera, la población en condiciones de pobreza es quien más expuesta se ve a situaciones de riesgo, tanto por las consecuencias drásticas que esta puede tener en su supervivencia como en su escasa capacidad de prevención.

En ese orden de ideas se asume que la protección social no se agota en el accionar de un solo actor y, por el contrario, se reconoce como espacio primario de prevención y mitigación a la familia, luego, la comunidad y las redes de la sociedad civil, a continuación, el mercado y los seguros financieros y, por último, el Estado. Este último, a los fines de ampliar las redes de protección, sobre todo aquellas destinadas a las poblaciones pobres, y actuar en situaciones extremas, debería orientar su accionar en dos sentidos:

fortaleciendo su participación en la prevención del riesgo, sobre todo, “en áreas de prevención de desastres y formación de la base de capital humano” (2003, p. 33), y reduciendo, al máximo, su rol en la mitigación directa de las situaciones críticas.

De esa manera, las PTC se configuran como una expresión que sintetiza de manera contundente estas premisas de la economía neoclásica: se orientan a fortalecer las capacidades en el seno familiar que permiten a los individuos gestionar sus propias situaciones de riesgo, tanto mitigando las pérdidas drásticas en la capacidad de consumo (a través de transferencias mínimas y recelosamente focalizadas), como apostando al desarrollo de competencias (a través de las condicionalidades en educación y salud) que permitan escalar posiciones en esa red y *salir* de la situación de pobreza.

Esto resulta coherente con los aportes de Dallorso (2013 y 2014), quien profundiza que la Teoría del Capital Humano, enmarcada en el enfoque del manejo social del riesgo, tomó relevancia en la orientación y desarrollo de las políticas sociales para América Latina y el Caribe a partir de la década del '90 y el Consenso de Washington. De acuerdo con Dallorso (2013 y 2014), esta teoría se configura como uno de los aportes sustanciales de la escuela económica neoclásica hacia el análisis del trabajo y el mercado contemporáneos. El autor sostiene que:

El argumento central de la teoría del capital humano consiste en pensar que los individuos gastan en sí mismos de formas diversas, que no sólo buscan una satisfacción presente, sino también un rendimiento en el futuro(...) así se explica que los individuos pueden adquirir cuidados sanitarios, comprar educación de manera voluntaria e intencional, utilizar tiempo en la búsqueda de empleo o comprar información respecto a ello. (p. 120)

De esta manera, para esta teoría, cuánto los individuos inviertan en su formación, capacitación y bienestar, se reflejará no sólo en la posibilidad futura de obtener o no un empleo, sino también, en las brechas salariales existentes. La pobreza y la desigualdad en términos monetarios, por lo tanto, se explicarían por una falta o una inadecuada inversión en capital humano que permita maximizar la productividad individual (Becker, 1990).

En esta línea, Cohen y Franco (2006), quienes definen la noción de capital humano en relación con la de desarrollo, afirman que un aumento en las capacidades y facultades disponibles de la población en materia de salud y educación permitiría a mediano y largo plazo un mejor desempeño en el mercado laboral y en términos productivos. Esto decantaría, para este enfoque, de manera directa, en la reducción de los niveles de pobreza en la población y en el sostenimiento *justo* de desigualdades fundamentadas en capacidades y esfuerzos individuales diferenciales.

De acuerdo con Dallorso (2013 y 2014), el elemento novedoso que introducen las PTC al abordaje de la cuestión social refiere, justamente, a la figura de la condicionalidad. A través de esta, quienes sustentan los fundamentos de esta política afirman que se construye un vínculo mediado por la corresponsabilidad entre las poblaciones beneficiarias y asistidas y los Estados, lo que permite delegar en las individualidades la responsabilidad y las posibilidades de transformación de las condiciones de pobreza, desempleo y desigualdad educativa y sanitaria. En otras palabras, a través de la condicionalidad, se consolida la malla de protección (Holzmann y Jorgensen, 2003) donde las familias mantienen la principal responsabilidad frente a las situaciones de crisis o riesgo. A través de la condicionalidad, “se enfatiza así que la responsabilidad del Estado es la transferencia monetaria y del agente la superación de las condiciones de carencias.” (Cena, 2016, p. 124)

Por su parte, Garcés (2017) y Rodríguez Enríquez (2011) afirman que, en el campo de las políticas sociales, esta corriente fundamenta la existencia de las condicionalidades en las transferencias monetarias estatales en tanto parten de un supuesto: hay ciertas poblaciones que viven en contextos de pobreza que carecen de habilidades valoradas en el mercado laboral formal, por lo que se justifica la necesidad de una intervención específica que rompa con la reproducción de pautas circulares y viciosas dentro de la pobreza. De esa manera, se asume que las familias que viven en la pobreza son aversas a tomar riesgos redituables que les permitan salir de la situación de carencia (Holzmann y Jorgensen, 2003), al tiempo que no son capaces ni tienen la disposición para invertir suficiente capital en las generaciones más jóvenes que les permitan salir de esa carencia material a mediano plazo:

Esta perspectiva (...) complementada con la idea de que existe una subcultura paralela asociada a los estados de carencias (una “subcultura de la pobreza”) permiten asociar las malas decisiones de los hogares a la falta de ciertos activos

claves (principalmente educación y salud) y la posesión de estructuras cognitivas contrarias, o cuanto menos, limitantes a la generación de círculos virtuosos de mejoramiento del bienestar del hogar a través de las alternativas ofrecidas por el mercado. (Garcés, 2017, p. 53)

En síntesis, las PTC se configuran como un modelo asistencial instalado y extendido en América Latina y el Caribe que sostiene su intervención en el dispositivo de la condicionalidad, en tanto requisito que construye un vínculo asistencial, en los términos de Simmel (1986), entre Estado y familias caracterizado por:

- Su comprensión de la pobreza desde el individualismo metodológico, que decanta en una serie de dispositivos sostenidos en premios y castigos, las condicionalidades, tendientes a moldear el comportamiento de los/as pobres hacia una mayor inversión en sus capitales factibles de ser vendidos en el mercado.
- Su premisa de la institución familia como el espacio natural y privilegiado para moldear esos comportamientos. Es el espacio doméstico donde será posible reproducir o cortar intergeneracionalmente la reproducción del “círculo perverso” de la pobreza.

2.2. Consolidación y expansión regional

En este apartado se persigue el objetivo de presentar, de manera sintética y representativa, los elementos que permiten dar cuenta del proceso de consolidación y expansión de las PTC como modelo de asistencia en la región latinoamericana y caribeña. Se parte de una premisa inicial: el proceso de expansión de este tipo de política pública responde más a una tendencia regional de transformación neoliberal de los estados, guiada por organismos multilaterales de crédito, antes que a un proceso de consolidación y mejora de los mecanismos de abordaje y erradicación de la pobreza.

De acuerdo con Nemiña y Echandi (2020) esta premisa implica el reconocimiento de que las transformaciones de la política social, en este caso, en el campo asistencial, se vinculan de manera directa con los modelos de desarrollo y acumulación vigentes. De esa manera, se acuerda con Garcés et al (2016) en afirmar que los elementos comunes que se identifican desde inicios de siglo en la política asistencial latinoamericana y caribeña no son

ingenuos ni casuales, sino que se ubican en un espacio de tensión permanente entre las autonomías nacionales y los condicionamientos internacionales propios de la instalación del neoliberalismo como modelo político, social y económico.

Con estas aclaraciones, los aportes de Cecchini y Madariaga (2011) y Osorio (2015) resultan enriquecedores. Los/as autores/as enuncian un proceso de crecimiento constante del modelo en la región desde la década del 2000 que se refleja en dos elementos centrales: el aumento del gasto público invertido en este tipo de programas en la región, por un lado, y, por el otro, el crecimiento del porcentaje de población cubierta por las PTC.

En ese sentido, para inicios del siglo, los autores identifican seis países en la región con modelos incipientes de PTC, lo que representaba una cobertura del 6% de la población y un gasto equivalente al 0.19% del PBI de la región. El crecimiento durante la primera década del siglo fue contundente: el número de países involucrados prácticamente se triplicó para el 2005 y la cobertura poblacional, por su parte, creció al 14% para el mismo año. Estos datos se pueden observar en detalle en la tabla n° 2.

Por su parte, Cecchini (2014) afirma que las PTC operaban, en el 2012, en 20 países de América Latina y El Caribe, y cubrían a más de 120 millones de personas, es decir, el 20% de la población total. Este desarrollo implicaba, para ese año, un costo de aproximadamente el 0,4% del PBI de la región. Para el año 2023, CEPAL registra un total de 55 programas con esta modalidad extendidos a lo largo de 21 países de la región latinoamericana y caribeña.

Tabla 2: Consolidación de las PTC en América Latina Tabla y el Caribe, período 2000-2023.

Año	Cantidad de países con PTC en la región	Población cubierta en la región (%)	Inversión regional (% del PBI)
2000	6	6	0.19
2005	17	14	0.24
2012	20	20	0.4
2019	21	21.9	0.27

Elaboración propia con base en Cecchini y Madariaga (2011), Cecchini (2014) y CEPAL (2023).

Con estos elementos, es factible asumir que este modelo de intervención atraviesa contundentemente los procesos políticos regionales e incide de manera determinante en las posibilidades de reproducción de la vida de gran parte de la población regional, especialmente, aquella más vulnerable en términos económicos. Desde esta premisa, los aportes de Paz (2010) resultan valiosos para comprender con mayor profundidad este proceso de expansión y consolidación. El autor, a los fines de analizar las transformaciones en las estrategias regionales de abordaje y contención de la pobreza durante el inicio de siglo, se concentra en analizar los acuerdos de financiamiento entre los países latinoamericanos y caribeños y los organismos internacionales como el Banco Mundial (en adelante, BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (en adelante, BID) y el Fondo Monetario Internacional (en adelante, FMI).

La centralidad de estos organismos internacionales en el proceso de consolidación y expansión de este modelo en la región es tal que autores como Cena (2016) incorporan su participación como elemento constitutivo del concepto mismo de PTC. De acuerdo con sus aportes, una PTC no sólo se define por el mecanismo de transferencia de dinero y condicionalidad en contextos de pobreza, sino también por la existencia de un agente centralizado de gestión, usualmente, el Estado nacional, que se sostiene técnica y financieramente en agentes internacionales, ya sea el Banco Mundial (en adelante, BM), el Fondo Monetario Internacional (en adelante, FMI) o el Banco Interamericano de Desarrollo (en adelante, BID).

De esa manera, es posible ubicar la consolidación de este modelo asistencial en el marco de las recomendaciones por parte de los organismos multilaterales de crédito para la región. Paz (2010), recupera como elemento central la elaboración de los *documentos de las estrategias de lucha contra la pobreza* (DELP) que se configuraron como requisito para los países a la hora de acceder a préstamos y financiamiento internacional a partir de la década del 2000. Estos requisitos toman mayor relevancia si se valora la condición de dependencia de recursos de los países latinoamericanos y caribeños, lo que limita las posibilidades de negociación y autonomía en el diseño de la política social, sobre todo, en contextos de crisis e inestabilidad económica (Salas, 2021).

Puede comprenderse, entonces, que estas orientaciones, transformadas en requisitos, forman parte del proyecto de instalación de los principios formulados en el Consenso de Washington para América Latina y el Caribe, en relación con la limitación de

la acción estatal en materia de protección social, la ampliación del sector privado y la mercantilización de la vida. Es así como “se desprende claramente de la lectura de estos que el motor de la reducción de la pobreza es el crecimiento económico impulsado por el comercio internacional y por la acumulación de capital humano” (Paz, 2010, p. 50).

En diálogo con este análisis, Salas (2011 y 2018) propone la categoría de homogeneización e isomorfismo de los programas de lucha contra la pobreza en la región, atendiendo a dos rasgos particulares: los diseños similares extendidos en toda la región, tal como se presentó, y la participación protagonista, para el autor un fenómeno inédito en la historia latinoamericana y caribeña, de los organismos internacionales de crédito como orientadores y financiadores de la política social. Este proceso de homogeneización se sostiene, de acuerdo con sus aportes, en mecanismos coercitivos y normativos a través de los cuales desde la esfera internacional se impone la perspectiva neoliberal y los principios de eficiencia, racionalidad técnica, tecnología social y manejo del riesgo como prioridades en la intervención sobre la cuestión social.

De esa manera, las autonomías estatales se ven tensionadas por patrones y guías internacionales que se configuran como elementos de dependencia frente al financiamiento externo. Al respecto sostiene que:

Pareciera evidente que la centralización de los recursos provoca la homogeneidad poniendo a los gobiernos bajo presiones de requisitos similares. A esto se suma la identificación de un viraje concreto de los OI¹ a principios de los años '90. Hemos observado en este proceso como se ha elevado el peso de los fondos a partir de este momento a la par del aumento de la deuda externa de los países analizados. (Salas, 2011, p. 65)

Este análisis es coherente, también, con los aportes de García (2009). A modo de ejemplo, García ubica los orígenes del programa Familias en Acción en Colombia en los compromisos asumidos por el país en el *Acuerdo de ajuste fiscal* (1999) y el *Acuerdo de monitoreo y apoyo a las finanzas públicas* (1999), donde, respectivamente, se negocia con

¹ Con la sigla OI, el autor se refiere a Organismos Internacionales.

el FMI destinar un 0.3% del PBI a la lucha contra la pobreza durante cuatro años y, de manera consecutiva, se acuerda una financiación desde este fondo de 520 millones de dólares para la creación de una PTC. Estos mecanismos de instalación, de acuerdo con los aportes de los autores, se pueden rastrear para toda la región latinoamericana.²

Asimismo, García (2009) afirma que, a través de estos acuerdos internacionales, en la región no sólo se logró imponer un modelo de diseño y gestión de política pública, sino también, la naturalización de una manera específica de mirar la pobreza y de un sistema de valores que guía su comprensión y abordaje. Al tiempo, sostiene que la instalación de este modelo específico de gestionar la pobreza logra excluir del escenario político y social cualquier otra alternativa que no responda al paradigma presentado e instalar dispositivos que pretenden individualizar el manejo del riesgo sin alterar de ninguna forma los mecanismos de distribución y concentración de la riqueza:

Por eso, los PTC, por avanzados que sean en su diseño y efectivos en su impacto, no están orientados a cumplir su finalidad principal: erradicar la pobreza en los países de la región. Simplemente hacen parte de un entramado político y económico (global, regional, nacional) que les exige como función última legitimar el orden político vigente y posibilitar el modelo neoliberal de acumulación. (p. 27)

De esa manera, de acuerdo con Salas (2021), las PTC se constituyen como una expresión clara de la *nueva política social*, discurso que postuló la priorización de la coherencia entre política social y política económica: la no intervención sobre el mercado y las dinámicas de acumulación es el principio que rige las decisiones en torno al gasto social. En este punto también coinciden Nemiña y Echandi (2020) quienes, analizando las transformaciones discursivas del FMI en torno a la política asistencial y el abordaje de la pobreza desde inicios de siglo, identifican funciones de las PTC en la construcción de legitimidad política frente a las transformaciones del estado. En ese sentido, sostienen que “dicho de otro modo, financiar políticas sociales que mitigaran los efectos de los ajustes

² Para profundizar esta temática, se sugiere revisar, entre otros, Osorio (2013 y 2015), quien trabaja los casos de Chile y Ecuador; Salas (2018) para Brasil, Chile y México y (2021), para el caso Argentina; Baráibar (2022), para el caso Uruguay.

estructurales ayudaría a evitar que la presión social volviera políticamente inviable la continuidad de las reformas.” (p. 55)

Teniendo en cuenta estos elementos es posible avanzar en el análisis respecto a la consolidación y expansión de las PTC afirmando que estas políticas sociales forman parte de un proyecto de reformas de los estados latinoamericanos y caribeños orientados a fortalecer la liberalización de la economía, la transformación del mundo del trabajo y la ampliación de los mercados financieros internacionales. Es decir, este modelo de política social se inscribe en la consolidación de un régimen de acumulación específico (Giraldo, 2018; Nemiña y Echandi, 2020) y logra expandir el paradigma neosistencial (Mora, 2019) priorizando la austeridad fiscal, la flexibilización de las relaciones salariales y la inversión en capital humano a través de las condiciones requeridas para el crédito por los organismos multilaterales mencionados.

2.3. Los casos elegidos: Colombia y Argentina y su comparación estratégica

Una vez presentado el modelo de PTC como dispositivo de intervención sobre la cuestión social expandido en la región latinoamericana y caribeña, en este apartado se pretende precisar en aquellas especificidades que presentan las políticas sociales que se configuran como objeto de estudio. En ese sentido, en los próximos párrafos se persiguen dos objetivos: por un lado, dar cuenta de las características peculiares de los programas de transferencia condicionada Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) y, por el otro, identificar aquellos elementos que permiten una comparación estratégica entre estos programas. Una síntesis de los elementos constitutivos de esta comparación se presenta en la tabla n° 3.

En el caso argentino, la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (en adelante, AUH), se instaló a nivel nacional en el año 2009 a través del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1602. Este decreto, encabezado por la entonces presidenta Cristina Fernández de Kirchner, incorpora a la Ley N° 24714 que regula el Régimen Nacional de Asignaciones Familiares un componente no contributivo “destinado 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” (art. 1)

Por su parte, el programa Familias en Acción (en adelante, FeA) constituye el modelo de PTC diseñado en el territorio colombiano. Sus orígenes remontan al año 2000, bajo el gobierno nacional de Andrés Pastrana. Esta política se incorpora a la Red de Apoyo Social, dispositivo mediante el cual el estado colombiano diseñó su estrategia de erradicación y lucha contra la pobreza (García, 2013). Inicialmente, este programa se presentó como una política asistencial acotada, tanto a nivel temporal, en tanto se diseñó con una duración tentativa de 4 años, como a nivel territorial, en tanto se priorizó a 500 municipios focalizados por densidad poblacional y niveles de pobreza monetaria.

El punto de inflexión que transformó el alcance y la permanencia del FeA lo constituyó el Plan Nacional de Desarrollo (2006-2010), que permitió ampliar el presupuesto destinado y extender la cobertura a todo el territorio nacional. Actualmente, se encuentra regulado por la Ley N° 1948, que lo define como “un complemento al ingreso monetario para la formación de capital humano, la generación de movilidad social, el acceso a programas de educación media y superior, la contribución a la superación de la pobreza extrema y a la prevención del embarazo en la adolescencia” (art. 2).

De esa manera, en acuerdo con Corbella y Calle Espinosa (2017), se identifica que ambos programas se concentran un objetivo primordial: la reducción de los niveles de pobreza monetaria al interior del territorio nacional. Si bien para el caso de la AUH se identifican ciertos elementos discursivos tendientes a incorporar la noción de reducción de las desigualdades en la niñez y/o construcción de *igualdad de oportunidades*, resulta claro que la prioridad, al igual que en el resto de las PTC, se concentra en la disminución de la pobreza y/o la pobreza extrema.

Estos elementos decantan, también, en ciertas similitudes en sus prestaciones: para la consecución de los objetivos antes mencionados, ambas políticas públicas ofrecen una transferencia monetaria reconocida para aquellos niños/as y adolescentes menores de 18 años. Para el caso de la AUH, esta transferencia es mensual y, en marzo del 2023, ronda los \$11.400 (pesos argentinos), lo que equivale a 55 dólares mensuales. Asimismo, de esta prestación, los/as titulares perciben sólo el 80% en el cobro del mes y el restante 20% se consigna en una caja de ahorros que sólo puede retirarse a fin de año, una vez presentadas las certificaciones de cumplimiento de las condicionalidades.

Por su parte, en el caso FeA, la prestación se compone de dos elementos: en primer lugar, la transferencia bimensual llamada “incentivo de salud” que consiste en un monto de

dinero por familia con hijos/as menores de 6 años (independientemente la cantidad de hijos/as involucrados/as) y, por otro lado, el “incentivo de educación”, que consiste en una transferencia, también bimensual, por hijo/a en edad escolar, hasta tres por grupo familiar. Los montos de cada uno de estos componentes difieren de acuerdo con la operación conjunta de mecanismos de focalización: la pertenencia o no a una comunidad indígena, la pertenencia o no a población desplazada, la ubicación territorial y la edad de los/as niños/as. A los fines de la comparación, en marzo 2023, los montos pueden variar entre \$29.000 (pesos colombianos) y \$363.750 cada dos meses, lo que equivale a 3 y 38 dólares mensuales respectivamente.

En esta línea, uno de los elementos centrales que autores como Corbella y Calle Espinosa (2017) identificaban como relevantes para el ejercicio comparativo refería al presupuesto que ambos programas representaban al interior del estado nacional. Para ese año, referían un presupuesto anual de 192 millones de dólares para el FeA, lo que representaba un 0.06% del PBI nacional, frente a uno de 1.800 millones de dólares, el 0.58% del PBI, para la AUH. Teniendo en cuenta la cantidad de beneficiarios, ampliamente mayor en territorio colombiano, esto se traducía en una prestación entre 8 y 45 dólares bimensuales para el programa FeA y una de 94 dólares mensuales para la AUH. Estos elementos permiten asumir, entonces, que a pesar de que los programas no han sufrido grandes transformaciones desde su creación, sí los montos orientados a la protección de las familias que viven en la pobreza, en ambos países, se han reducido progresivamente en términos reales.

Asimismo, estas asignaciones monetarias, en ambos casos, se otorgan a través de titularidades por hijo/a, titularidades condicionadas, en ambos territorios, al uso de servicios de salud pública y educación. Un elemento interesante para destacar es que ni en el diseño de la AUH ni en el de FeA se contempla la vinculación prioritaria de estas familias a instituciones públicas educativas o sanitarias o mecanismos de acceso que garanticen la matrícula de manera segura y permanente, del mismo modo que, al menos en el diseño institucional, no incluyen prestaciones públicas de cuidado de estos/as niños/as (Pautassi, Arcidiacono y Straschnoy, 2014; Benson, 2012).

Finalmente, un elemento que resulta fundamental para señalar lo estratégico de la comparación entre estos referentes empíricos se vincula a su posición dentro del entramado institucional y político estatal. Para el caso argentino, Mendoza, Parra y Suardiaz (2014)

destacan que la AUH se inscribió dentro del Régimen de Asignaciones Familiares como un sistema no contributivo y que, de esa manera, “al incluirse la AUH como parte del sistema del Régimen de Asignaciones Familiares se logra su ampliación -el cual fue creado como parte de los derechos de los trabajadores formales- alcanzando a los trabajadores desocupados o que desarrollan su actividad sin registro formal” (p. 5). La noción explícita de derecho y su acceso vinculado al reconocimiento de derechos laborales, aún en la informalidad, constituye un punto central para adentrarse en el análisis de la AUH a partir de lo que Arias (2012) conceptualizó como una tendencia hacia la previsualización de la asistencia.

Esto es coherente con el análisis de Corbella y Calle Espinosa (2017) quienes ubican a la AUH en el espectro de las PTC como una política con tendencia universal. Con este concepto, las autoras refieren a la intención explícita de la AUH de ampliar los mecanismos de acceso de segmentos de la población que, históricamente, quedaron por fuera de los sistemas de protección social vinculados al trabajo formal. De esa manera, para las autoras se “busca particularmente cubrir una porción de la población que se encuentra excluida de un derecho universal, de forma que toda la población cuente con el mismo beneficio, sin sesgo alguno.” (p. 154). Si bien esta valoración podrá ser discutida en próximos apartados, la incorporación de la AUH dentro del sistema de seguridad social argentino le otorga ciertas especificidades fundamentales para esta investigación como su carácter permanente e irrevocable.

Por el contrario, en el caso colombiano, García (2013) caracteriza al programa FeA como una intervención de carácter presidencialista: destaca que, al menos desde el año 2005, con la creación de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, entidad adscrita directamente a la Presidencia de la República, la PTC adquirió una relevancia central en el proceso de legitimación política del nuevo régimen de acumulación y en una herramienta de creciente clientelismo político más que de reconocimiento y ampliación de derechos sociales. Esta lectura es sumamente coherente con la propuesta de Corbella y Calle Espinosa (2017) de caracterizar al programa FeA como un dispositivo que, dentro de la lógica de las PTC, se configura como *selectivo* y que, en esa selección de los sujetos beneficiarios, no sólo se ponen en juego criterios de reconocimientos de derechos, sino también redes voluntaristas y clientelares de asignación de recursos (García, 2013).

Tabla 3: Elementos centrales de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG)

Categoría	Componente	Familias en Acción (COL)	Asignación Universal por Hijo (ARG)
1. Financiamiento externo	BID	No se registra	Sí.
	BM	No se registra	No se registra
	FMI	Sí	
2. Diseño de objetivos	Eliminación o erradicación de la pobreza	Sí	Sí
	Reducción de las desigualdades económicas	No	Sí
	Incremento del capital humano	Sí	Sí
3. Unidad de intervención y criterios de focalización	Familias u hogares	Sí	Sí
	Prioridad en el pago a mujeres	Sí	Sí
	Priorización geográfica	Sí	No
	Aplicación de encuestas y puntajes estandarizados para la selección	Sí	No
	Inscripción permanente	No	Sí
4. Prestaciones	Transferencia monetaria	Sí	Sí
	Atención prioritaria en salud o educación	No	No
	Complementos nutricionales	No	No
	Capacitaciones o formaciones	Sí	No
	Servicios de cuidado	No	No
5. Condicionalidades	Asistencia regular escolar	Sí	Sí

	Asistencia a controles de salud	Sí	Sí
	Asistencia a cursos y/o talleres de dinámica familiar y salud reproductiva	Sí	No
	Asistencia a talleres de trabajo y empleo	Sí	No

Elaboración propia, con base en Salas (2011)

Conclusiones

A lo largo de las páginas precedentes se caracterizó uno de los modelos de intervención sobre la cuestión social en América Latina durante el período de estudio: los dispositivos de políticas de transferencias condicionadas. A través de este ejercicio, se logró enmarcar a los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) en las tendencias, discusiones y fundamentos del campo de la asistencia social de la región latinoamericana.

De esa manera, los principales aportes de este capítulo pueden organizarse en dos elementos claves:

- El reconocimiento de que los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG), objeto de estudio de esta tesis, se inscriben en la tendencia regional de las PTC. En consecuencia, se identifican una serie de elementos en común como el tipo de prestaciones, la configuración de las titularidades y las condicionalidades entre ambas políticas sociales; mientras que, también se reconocen una serie de puntos disímiles como los criterios de focalización y su posición dentro del entramado institucional. El reconocimiento de estos elementos disímiles y comunes serán insumos claves para el trabajo analítico presentado en el próximo capítulo.
- El análisis de las teorías que sostienen este modelo de intervención en la región y las relaciones internacionales que permiten comprender su expansión masiva y sostenida en las últimas décadas. De esa manera, se identificó que los fundamentos teóricos y políticos centrales de estos dispositivos son congruentes con la instalación del neoliberalismo en América Latina como modelo político, social y económico y con el

consecuente paradigma neoasistencial de la política social que prioriza la austeridad fiscal, la flexibilización laboral y la inversión condicionada en capital humano como estrategia para el manejo social del riesgo.

Capítulo 3

Políticas de transferencia condicionada y transformaciones en la salud pública

En los capítulos anteriores se sustentó, en primer lugar, cómo el campo de la salud pública se ve afectado de manera directa y contundente por los procesos que constituyen el campo de la política social: la desigualdad, el trabajo y la protección social y la calidad de vida. Asimismo, en segundo lugar, se caracterizó un modelo predominante de política social en América Latina y el Caribe durante el período de estudio: las políticas de transferencia condicionadas (PTC). Enmarcadas en este modelo de intervención sobre la cuestión social, se alojan las dos políticas públicas elegidas para esta investigación: los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG).

A partir de estas bases, en este capítulo se aborda el tercer objetivo del proceso investigativo, orientado a comprender la incidencia de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) en el campo de la salud pública a través de sus intervenciones en las dimensiones constitutivas de la Cuestión Social.

Para lograrlo, en las próximas páginas se presenta un trabajo analítico construido a partir de los datos recolectados en el trabajo de campo. Este se realizó en las ciudades de Córdoba (Argentina) y Bogotá (Colombia), durante los meses de mayo y junio del año 2023. Se llevaron a cabo 20 entrevistas en profundidad, utilizando el criterio de saturación teórica para el cierre de la muestra. Los criterios de inclusión que orientaron la selección de los informantes claves fueron los siguientes:

- Jefes/as de hogar mayores de edad
- Participación voluntaria y aprobación a través del consentimiento informado.
- Titularidad de las políticas públicas de interés en el momento de la entrevista o durante los últimos dos años.

- Se evitó que, dentro de las unidades familiares, se percibieran otras transferencias estatales tales como pensiones, retiros y/o jubilaciones.

Las entrevistas en profundidad realizadas a los sujetos elegidos como informantes claves permitieron un acercamiento fecundo al objeto de investigación. Para el análisis de la información obtenida, se utilizó el método de comparación constante (Glasser y Strauss, 1967). En este sentido, se partió de una serie de categorías teóricas iniciales sobre las que se realizó un ejercicio de comparación, integración y delimitación analítica. Esto habilitó el reconocimiento de similitudes, diferencias y regularidades en los datos que permitieron la emergencia de nuevas subcategorías para la comprensión del objeto de estudio. La operacionalización de las categorías iniciales y emergentes se puede evidenciar en la tabla n° 4.

La interpretación de estas categorías emergentes se realizó a partir del ejercicio de indagación documental presentada en los capítulos precedentes. De esa manera, de acuerdo con Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018), la indagación documental permitió otorgarles sentidos a los testimonios en relación con el objeto de investigación, acercarse a una comprensión de los contextos en que estos testimonios emergen y vincular las construcciones propias de esta investigación con el conocimiento y discusiones vigentes en el área temática.

Por último, resulta necesario explicitar que, en la escritura de los próximos párrafos, los nombres de los/las entrevistados/as se reemplazaron por seudónimos para garantizar el resguardo de su identidad e intimidad.

Tabla 4: Categorías de análisis

Categorías iniciales		Categorías emergentes analíticas
Desigualdad	Vital	Afecciones en la primera infancia
	Existencial	Autonomía femenina
		Educación y desarrollo
	De renta	Afecciones emocionales
		Afecciones físicas

Trabajo y protección social	Trabajo productivo	Disyuntivas entre trabajo formal y asistencia
		Capacidad de protección y seguridad económica
	Trabajo reproductivo	Feminización y familiarización del cuidado
		Feminización del cuidado y condicionalidades
		Afecciones por el cuidado
		Inseguridad alimentaria
Calidad de vida	Alimentación	Estrategias de acceso al alimento
		Feminización del hambre
		Insalubridad habitacional
	Hábitat	Oportunidades de mejora habitacional

Elaboración propia, 2023

3.1. Políticas de transferencias condicionadas y desigualdad

En este apartado se analiza la relación entre las políticas AUH y FeA y la primera dimensión constitutiva de la cuestión social: la desigualdad. Como se anticipó, la categoría de desigualdad se delimitó a partir de los aportes de Therborn (2010 y 2013) y su clasificación entre desigualdades de orden vital (vinculadas a las oportunidades desiguales construidas socialmente frente a la vida y supervivencia del organismo humano), de orden existencial (relacionadas con las posibilidades desiguales de autonomía, dignidad y desarrollo personal) o de renta (vinculadas a la disponibilidad de recursos monetarios).

3.1.1. Desigualdades vitales y afecciones en la primera infancia

En relación con las desigualdades de orden vital, se identifica, en primer lugar, el reconocimiento por parte de las familias incorporadas en el estudio de ciertas afecciones que tienen lugar en los primeros años de vida de los niños/as y que acompañan, de manera permanente, el desarrollo de sus infancias. Tal como se puede evidenciar en los fragmentos

a continuación, estas afecciones se asocian, principalmente, con dos factores: la privación de alimentos adecuados en algún momento de la primera infancia, por un lado, y, por el otro, con condiciones habitacionales caracterizadas por la excesiva acumulación de humedad y/o polvo en el hogar.

Así estuvimos varios días, ella parecía que se desvanecía, aunque primero me dijeron que era normal. Fuimos al Hospital de Niños, estuvo internada 10 días. El médico allá me dijo que tuvo un dios aparte, porque ella llegó muy deshidratada y con bajo peso. A nosotros nos estaba costando en ese momento organizarnos con la comida, porque mi marido estaba sin trabajo y hacíamos lo que podíamos con la asignación. Le pusieron muchas inyecciones y suero, estuvo internada 10 días. Y después que le dieron el alta ella quedó muy flaquita, nunca recuperó su peso de antes. Come muchas galletitas, mucho pan. Yo intento, intenté mucho que suba de peso, que me engorde, pero ella sigue así. Por más que coma ya no se recupera, a mí me dijeron que por ese problema que tuvo de muy chiquita va a ser difícil que tenga un peso normal. Yo la llevé a muchos hospitales porque la veo muy flaquita. Pero una vez la doctora me dijo "ella va a ser así, ya está, ya pasó por un momento de desnutrición y ahora es difícil". Y bueno, desde esa vez en cada control o está bajo peso o muy en el borde, en el límite. (Carla, Argentina, comunicación personal, 2023)

Imagínate que uno está lloviendo y siente que se le va a caer todo encima, no sabe si salir corriendo o quedarse así. Los chicos han sufrido mucho por eso, por el polvo y por la humedad, han sufrido mucho de los bronquios. Ellos han tenido muchas veces bronconeumonía de chiquitos y ahora cualquier gripa puede ser una neumonía para ellos, a eso ya me lo explicaron los doctores. (Helen, Colombia, comunicación personal, 2023)

Esta es una dinámica que se reconoce en ambos países y que se presenta con una segunda continuidad: tanto para el caso argentino como para el colombiano, las familias identifican que estos episodios de afecciones a la salud durante los primeros años de vida de los niños/as tuvieron lugar a pesar de que las unidades domésticas ya contaban con los recursos provenientes, ya sea de la AUH, ya sea del FeA. En ese sentido, un elemento que permite avanzar en el análisis se vincula con los montos de las transferencias y su consecuente capacidad de protección hacia sus titulares (Danani y Hintze, 2011).

Como se explicitó en el capítulo anterior, a lo largo del período de estudio, ambos programas han sufrido una considerable y progresiva reducción de los valores reales transferidos a las familias, lo que decanta en que estas reconocen, de manera generalizada, una insuficiencia para cubrir en su totalidad los gastos de alimentación. Asimismo, en el marco de esta insuficiencia que comparten ambos países, el caso colombiano se presenta con mayor agudez: las familias colombianas incorporadas en el estudio refieren que, debido a las modificaciones en los criterios de focalización del SISBÉN, los montos recibidos son sumamente variables y, progresivamente durante el período contemplado, más precarios:

Mejoró por un tiempo la alimentación, ahora ya no lo siento igual, porque se reduce mucho lo que nos han pagado con lo del SISBÉN (...) Por ejemplo, en la última semana nosotros hemos almorzado normal, pero dos veces nos tocó sin desayunar. Y a la comida también, un cafecito y a veces pan, o aguapanela y pan, porque para las tres comidas ya no alcanza como antes. (Lina, Colombia, comunicación personal, 2023)

De esa manera, se comprende que, a pesar de la disponibilidad de los recursos provenientes de las transferencias condicionadas y de la obligatoriedad que ambas políticas contemplan respecto a la atención sanitaria en la primera infancia, los mecanismos de la desigualdad en torno a la afección a la salud operan de manera continua. La precariedad de la capacidad protección de las PTC permite comprender que las dinámicas de producción y reproducción de la desigualdad se mantengan inalteradas y, tal como señalaban Lima Barreto (2017) y Therborn (2013), a medida que se concentran los recursos y se limita el acceso a bienes como, en este caso, el alimento, la salud de las infancias se

ve afectada y las posibilidades de desarrollo pleno se atrofian y restringen desde los primeros años de vida.

Asimismo, se identifica que la figura de la condicionalidad permite desdibujar esas oportunidades desiguales frente a la supervivencia y el desarrollo de las infancias. Al incorporar el dispositivo de la contraprestación y la corresponsabilidad, tal como señalaba Cena (2016), se facilita la construcción de sentidos que aseguran que el acceso a los alimentos de manera permanente y segura constituye una responsabilidad familiar que se debe cumplir porque el Estado está ofreciendo recursos que constituyen una apuesta al núcleo familiar. Esto resulta sumamente coherente con la propuesta del manejo social del riesgo de Holzmann y Jorgensen (2003): la condicionalidad permite reproducir la apuesta neoliberal que mantiene a la red primaria de protección en el interior de las unidades familiares.

De esa manera, si estos mínimos no se cumplen, esto se comprende como una falta de responsabilidad, atención o esfuerzo familiar, lo que otrora Cohen y Franco (2006) enunciaban como altruismo incompleto, antes como que como una distribución inequitativa y desigual de los bienes necesarios para la vida. El siguiente fragmento resulta interesante al respecto:

Toca cumplir con todas las reglas, que el niño esté bien, que el niño no vaya a estar por ahí desnutrido, que vos hagas bien el esfuerzo de darles los alimentos para que no vaya a estar desnutrido. Hay que cumplir con ese reglamento, cumplir con todo, todo eso. Y de pronto yo creo que eso está muy bien, cumplir con el reglamento, es como si cumplieras con un trabajo, nosotros tenemos que hacer todo para que ellos no vayan a andar desnutridos, eso nos lo enseñan cuando nos enseñan valores y principios. (Helen, Colombia, comunicación personal, 2023)

En acuerdo con Rodríguez Enríquez (2011), se interpreta, entonces, que la figura de la condicionalidad permite consolidar una falsa promesa respecto a la superación de las situaciones de carencia: se agudiza la idea de que la vulnerabilidad social responde más a una falta de aptitudes y competencias de las familias antes que a una distribución desigual e injusta de los recursos. Por lo tanto, se ofrece la idea, paliativa, de que, si las familias

cumplen con los requisitos establecidos, podrán escalar posiciones en esa red de individuos que constituyen la sociedad.

Respecto a las afecciones en la primera infancia vinculadas a las condiciones habitacionales, en el caso colombiano se identifica una dinámica diferencial y llamativa: a pesar de que las familias enuncian padecimientos de salud vinculados a la presencia excesiva de humedad y/o polvo y sugerencias específicas de los equipos de salud en torno a mejoras habitacionales en los controles obligatorios en el marco del FeA, estos se contraponen con discursos referentes al destino “válido” del recurso monetario. Resulta interesante en este punto recuperar los aportes de Hornes (2014), quien afirma que el manejo de los recursos provenientes de transferencias condicionadas tiene anclajes en dimensiones sociales y morales que orientan los significados del uso del dinero ordinario o rutinario al interior de las familias, quienes priorizan aquellos gastos asociados al “buen uso” de la política pública.

De esa manera, tal como se evidencia en los testimonios a continuación, las familias refieren que lo habitacional no constituye un destino prioritario del dinero, a pesar de experimentar necesidades apremiantes en ese plano. Esto, en tanto el FeA no permite, no habilita el uso del recurso en mejoras de la vivienda ya que estas no hacen parte, de manera directa, de los cuidados de la infancia que contempla la política pública.

Desde siempre hemos necesitado modificaciones, cuando llueve todo se va cayendo, todo se va desbaratando. No pude hacer una reforma, porque no es lo suficiente, no alcanza para una reforma de la casa y aparte porque no está permitido. No está permitido usar ese apoyo para hacer eso, eso nos lo dice siempre la mamita líder. Solamente está permitido, exclusivamente permitido, lo que es de los niños. (Helen, Colombia, comunicación personal, 2023)

Esto puede comprenderse a partir del reconocimiento de los discursos en torno a la salud que permean y atraviesan el programa FeA. Si bien de manera formal o escrita no opera ninguna prohibición respecto al uso del dinero para las mejoras habitacionales, sí persiste una noción implícita que reduce la salud a los controles médicos de crecimiento y desarrollo y que se reproduce a partir de las prácticas de agentes intermediarios de la política pública:

No, en cosas de la casa no, eso no se incluye en eso. Porque nosotras hemos estado en los talleres, o nos llama la mamá líder y nos dice, eso lo sabemos desde siempre, que eso era para ayuda de los niños y del estudio. Entonces si se lo dan a uno es para las cosas de ellos, no para las cosas del hogar, porque eso es coger la plata de los hijos de uno y gastarlo en cosas que no necesitan ellos, porque un mueble o un ladrillo, no lo necesitan ellos, lo necesitamos nosotros, es un gasto familiar, no lo van a utilizar ellos para ir a estudiar y en el futuro estar mejor. Más que nada lo gasto en refrigerios, en los cuadernos, las onces, ellos necesitan llevar cosas bonitas a la escuela así que lo gasto siempre en eso. (María, Colombia, comunicación personal, 2023)

Anteriormente a nosotras nos exigían pasar la tirilla de lo que nosotras gastábamos, en qué gastábamos la plata, y nos lo hacían reportar, que si eran unos zapatos, unos interiores, unos cuadernos, lo que sea. Ellos llevaban un archivo de cada niño y veían, entonces ahí uno no se enseñaba a que le den y a quedarse ahí esperando. Ahora hace varios años que ya no lo piden, que no revisan así, solo piden los controles de la escuela y eso, pero durante años sí. (Mariana, Colombia, comunicación personal, 2023)

En ese sentido, este análisis resulta coherente con los aportes de autoras como Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014), quienes enuncian la mirada reduccionista en torno a la salud de las infancias que caracteriza los diseños de las PTC y que decanta en la consecución de principios como la eficiencia de los recursos y la racionalidad técnica orientada a indicadores precisos como talla, peso y vacunación de los/as niños/as (Salas, 2018). De esa manera, FeA opera de manera consecuente con la teoría neoliberal de la gestión social del riesgo (Holzmann y Jorgensen, 2003), en tanto logra consolidar, al interior de las familias, la idea de que el “buen uso” del dinero es en su capital humano, bajo la falsa promesa de que este permitiría salir de las situaciones de vulnerabilidad. Esto es coherente con referentes de la teoría del capital humano como Cohen y Franco (2006), quienes sugiere que la responsabilidad del Estado se concentra exclusivamente en igualar el acceso

a prestaciones básicas y mínimas de salud, mientras que la transformación de desigualdades materiales y, en este caso habitacionales, forma parte de la responsabilidad individual de las familias y de sus esfuerzos diferenciales.

3.1.2. Desigualdades existenciales: autonomía, educación y desarrollo

Las desigualdades existenciales, de acuerdo con la conceptualización propuesta por Therborn (2013), hacen referencia a aquellas desigualdades en el plano de la autonomía, los grados de libertad y dignidad humana y sus potencialidades en cuanto al desarrollo personal y la construcción de proyectos de vida. En el caso de este estudio, la vinculación entre las PTC contempladas y este tipo de desigualdades se comprendió a partir de dos elementos centrales: por un lado, a partir de las tensiones y contradicciones en torno a la autonomía experimentada por las mujeres adultas receptoras de las políticas y, por el otro, a las posibilidades que estas generan en torno al ingreso, permanencia y egreso de los niños/as en las instituciones educativas y su relación con la construcción de proyectos de vida autónomos.

En torno al primer punto, las tensiones en torno a la autonomía de las mujeres receptoras de la política pública, se identifican diferencias sustanciales entre el caso argentino y el caso colombiano. En este punto resulta pertinente recuperar algunos de los elementos desarrollados en el capítulo nº 2: ambas políticas se configuran como prestaciones destinadas a los niños/as de los hogares, quienes reciben los recursos a través de sus cuidadores/as principales, de manera más extendida, sus madres. Es decir que, en ambos casos, las mujeres madres perciben el recurso en calidad de cuidadoras mas no a título personal, lo que constituye una de las características centrales de las PTC en la región (Rodríguez Enríquez, 2011).

Teniendo estas claridades presentes, para el caso argentino, se evidencia como elemento común cierto crecimiento en la autonomía de las mujeres a partir de la incorporación en la política pública AUH, sobre todo, vinculado a la toma de decisiones en torno a consumos, gastos y disponibilidad de dinero al interior de las organizaciones familiares. Tal como se desarrollará en los próximos párrafos, esta autonomía se presenta sumamente limitada, en tanto permite a las mujeres resolver cuestiones vinculadas, meramente, al cuidado de sus hijos/as. En ese sentido, sin desconocer que a través de

estas prácticas se consolidan las responsabilidades femeninas en torno al cuidado³, sí se logra identificar cierta transformación, sobre todo, en el plano de las relaciones de pareja con los varones adultos dentro de la familia. Esto no implica, para nada, un ejercicio de libertad plena de las mujeres como sujetos autónomos, pero sí aporta al crecimiento de los márgenes que ellas manejan en la toma de decisiones hogareñas. Como se evidenciará, este es un elemento muy valorado, sobre todo, entre las mujeres argentinas.

Asimismo, para comprender esta dinámica con profundidad, resulta clave tener en cuenta aportes como los de Arriagada (2005) y Jelin (2017), quienes señalan que, particularmente en América Latina, las organizaciones familiares se configuran como un espacio que sedimenta y/o reproduce, en su interior, las desigualdades sociales de origen patriarcal. A través de una distribución inequitativa y desigual de los recursos materiales familiares, se torna posible que algunos miembros, principalmente los varones adultos, conserven para su propia disposición mayor parte de los capitales familiares y limiten, de esa manera, la toma de decisiones de aquellas personas relegadas en mayor medida, al espacio doméstico.

De esa manera, es posible comprender cómo la disponibilidad y administración de un dinero que, a pesar de no presentarse como propio, es manejado por las mujeres adultas del hogar, aumenta sus márgenes de autonomía en el marco de las relaciones familiares, aún sin modificar, de ninguna manera, la división sexual del trabajo y las relaciones patriarcales de poder. Asimismo, cabe destacar que estos márgenes, mínimos, de autonomía ganados se logran a partir del *incumplimiento* de las normas que establecen los PTC. Es decir, no es el diseño de la política pública en sí lo que permite a las mujeres tomar decisiones al interior del hogar, sino su propia transgresión a las reglas instituidas lo que decanta en sensaciones de mayor libertad. Los testimonios a continuación permiten identificar esta dinámica:

Entonces sí creo que esto nos da autonomía, no lo cobramos para nosotras, pero sí te hace sentir más útil. Si necesitás arreglarte los dientes, no le tenés que pedir a tu marido. Si un mes los chicos no necesitan cosas para la escuela, a esa plata la puedo usar para comprar mercadería, comprar un yogurt, un dulce de leche sin

³ Se profundiza en este elemento en el siguiente apartado.

pedirle a mi marido. Eso me hace sentir útil. Tengo una platita, que es de los chicos, pero la uso yo, la administro yo, entonces no tengo que pedirle a él para mis cosas o las cosas de los chicos. Eso te da tranquilidad. (Gladys, Argentina, comunicación personal, 2023)

Me da más autonomía, me puedo manejar con él como yo quiera sin tener que pedirle a mi pareja o a su abuelo, o a mis papás. Yo sé que lo que él necesita y lo compro. También porque puedo comprarle a veces lo que él pide, si quiere unas zapatillas más caras, o lo que sea, también se las puedo comprar. Si no, tengo que pedirle a alguien. (Florencia, Argentina, comunicación personal, 2023)

En adición, se comprende que esta dinámica se relaciona con características centrales de la AUH que resultan claves en términos de su capacidad de protección: su periodicidad y sistematicidad en los pagos. Estos rasgos habilitan a las receptoras del recurso la oportunidad de prever con precisión en qué momento recibirán el dinero, cada cuánto y qué montos, lo que se traduce en la organización de la vida cotidiana en posibilidades crecientes de planificación y toma de decisiones, sobre todo, de prácticas de consumo. Nuevamente, sin alterar en ningún plano la organización familiar patriarcal y las relaciones de poder que allí se reproducen, las PTC consolidan la tarea de cuidado a través de una ampliación, mínima, en la capacidad de consumo.

La asignación, al ser algo seguro, te da la tranquilidad de que, si el gordo se enferma, siempre va a haber una moneda. En ese sentido sí te da tranquilidad, seguridad (...) Al ser mensualmente, yo sé que puedo pedir una tarjeta de crédito o pedirle a mi mamá o a mi papá que me presten y comprar algo grande en seis pagos, porque como es mensual, yo sé que todos los meses voy a tener esa plata sin falta y puedo decidir yo. Trato de no endeudarme, porque es mejor tener la plata disponible por si pasa algo, pero yo sé que cuento con eso seguro para los gastos. (Agustina, Argentina, comunicación personal, 2023).

Yo siempre digo, yo del 10 al 20 casi que sobrevivo. Pero justo en esa fecha, cuando cobro la asignación, ya me puedo acomodar de otra forma, me puedo manejar, yo cuento siempre con esa plata, siempre, en esa fecha. Es más fijo que un sueldo incluso. (Eugenia, Argentina, comunicación personal, 2023)

En contraposición, para el caso colombiano, ese margen de autonomía femenino es mucho menor: las mujeres, también receptoras del recurso en calidad de madres y cuidadoras principales, no saben cuándo van a recibir el dinero, por cuánto tiempo, hasta cuándo, o incluso, qué monto. Es así cómo, a pesar de que, per se, la disposición de un recurso material otorga cierta independencia al interior de la organización doméstica, esta es considerablemente menor frente al caso argentino y se presenta como un evento esporádico y/o circunstancial, mas no como una transformación significativa de las desigualdades que limitan o reducen la autonomía personal.

No, el FeA, en cambio no es estable, porque uno no sabe nunca hasta qué punto lo va a recibir. A lo mejor te avisan más o menos quince días antes de que llegue, entonces ahí una mira qué necesidades tiene y ahí puede decidir, puede decir, bueno, se necesita esto, hace falta esto, se van a hacer estos gastos, ver si se puede ahorrar. (Lina, Colombia, comunicación personal, 2023)

Ahora bien, el trabajo analítico también permite identificar que, si bien la disposición del recurso material incide en las posibilidades crecientes de autonomía de las mujeres adultas del hogar, esa autonomía se encuentra plenamente mediada por el rol materno y la responsabilidad sobre el cuidado de las infancias. De esa manera, se pone en tensión la idea de que las PTC operan, efectivamente, disminuyendo o suavizando desigualdades existenciales, en tanto los roles de género sobre los que se sostienen ambas políticas públicas reproducen la falta de reconocimiento individual, de respeto a la autodeterminación y la negación sistemática que, de acuerdo con Therborn (2013), limita las potencialidades y capacidades de desarrollo y funcionamiento humano.

Estos elementos se pueden identificar con claridad en los documentos fundacionales de las PTC en la región, a saber: mientras Cohen y Franco (2006) afirmaban que “interesa menos que en el seno de ese tipo de agrupamiento hogareño se conforme

también un sistema de poder, que atribuya roles diferentes y valorados desigualmente a sus integrantes, por razones de edad, género y otras dimensiones” (p. 37.), el documento de evaluación de las PTC elaborado por el Banco Mundial dos años después insistía en que este tipo de políticas apelaban a un mayor altruismo, natural e innato, entre las mujeres, lo que justificaba que “la entrega de los pagos a las madres también corresponde con la creencia (mayormente respaldada por datos empíricos, como se indicó anteriormente) de que las mujeres tienden a dar un mejor uso a los fondos que los hombres” (Banco Mundial, 2009, p. 11).

De esa manera, tal como se puede observar en los testimonios a continuación, el margen de autonomía que las mujeres adultas ganan al interior de sus organizaciones familiares a partir del recurso de las PTC es un margen que se orienta mucho más hacia el cumplimiento de ese rol “innato” de cuidadoras antes que hacia el crecimiento y la dignidad humana en términos personales:

Con la AUH, manejas diferente la plata, la manejo yo. Cuando solo trabaja él, él puede decir "hay ciertas cosas que no podés hacer" o “comprale a una este mes y el otro mes a la otra”. En cambio, ahora, la plata del trabajo de mi marido es de él y la plata mía, la de la asignación, es de las chicas. (Carla, Argentina, comunicación personal, 2023)

La independencia que me dio es que yo sé que en tal fecha cobro esa plata que es de los chicos. Yo sé que ellos, si necesitan algo, yo puedo pensar en que se los puedo comprar y no le tengo que estar pidiendo a nadie más. En ese sentido sí me hace sentir más independiente, porque los puedo atender. Y vivimos mejor, porque si necesitan un par de zapatillas o algo para la escuela, o ropa, vos podés. (Ayelén, Argentina, comunicación personal, 2023).

Más que nada, mi plata del FeA yo la manejaba para mis hijos, él pagaba los arriendos y esas cosas, pero yo me ocupaba de mis hijos, de darle lo que yo no tuve en mi infancia: que tuvieran su yogurt, sus vitaminas, sus muñecos. Entonces

mi dinero es para eso, yo me ocupo de eso y bueno, mi esposo aporta lo del arriendo, el mercado. (María, Colombia, comunicación personal, 2023)

Este análisis resulta coherente, por lo tanto, con los aportes de Rodríguez Enríquez (2011) quien afirma que las PTC, al no situar a las mujeres adultas como portadoras efectivas de ese derecho de protección, operan consolidando mandatos de género, principalmente en torno al cuidado, y transformando a quienes administran el recurso en beneficiarias secundarias. Es decir se comprende que, si a partir de estas políticas públicas opera algún mecanismo de reconocimiento y/o transformación de desigualdades, este toma la forma de beneficio derivado y atado a la consecución del objetivo principal de la intervención: garantizar las necesidades mínimas y básicas de los niños/as a partir del fortalecimiento del ejercicio materno.

Es así cómo, partiendo de esa predominancia del rol materno y de las asignaciones de género vinculadas al cuidado, se comprende que otros campos de desarrollo personal de las mujeres receptoras de los recursos quedan truncos, por ejemplo, las posibilidades de retomar, continuar o finalizar sus estudios. Si bien esto aparece como una continuidad en ambos países, las mujeres receptoras de la AUH refieren una suspensión de sus estudios en los últimos años del secundario o, incluso, a inicios de su formación universitaria; mientras que, para el caso colombiano, esa interrupción se identifica antes: finalizando la primaria o a inicios del bachillerato. De manera tentativa, se comprende que esta diferencia puede estar vinculada a la trayectoria histórica de otras políticas sociales, en este caso, la gratuidad de la educación superior argentina frente a los mecanismos de privatización extendidos en Colombia.

Estudiar no pude, nunca pude. Estudiar, aunque yo sé que es gratis, es imposible, porque te toca hacer changas y nunca te podés acomodar con los horarios de las clases, vas quedando embarazada y cada vez es más difícil. Nunca me he dejado al abandono, pero hubiera querido estudiar algo más, por aprender. Eso no pude. Porque o trabajaba para comer o, cuando dejo de trabajar, pero tengo la asignación, tengo a los chicos. Entonces por mí, no, no hice más nada. Yo hago las cosas de la casa, mantengo la ropa limpia, las cosas hechas, eso nomás. (Gladys, Argentina, comunicación personal, 2023)

Volver a estudiar a mí me gustaría, me gustaría mucho. Yo siento que han sido como ocho, diez años de estar dedicada a cuidar a mis hermanos primero, después a mi hijo, a mi sobrina. Y la asignación te ayuda a poder cuidarlos, a estar con ellos. Pero no ve que para cuidarlos vos tenés que poner todo todo el tiempo, entonces es muy duro. Y no he podido hacer algunas cosas para mí, como terminar el cole. Me gustaría anotarme para terminarlo de noche, estudiar en algún nocturno, pero no tengo quién me cuide a mi hijo. Hasta que él no sea grande, yo no puedo. (Camila, Argentina, comunicación personal, 2023)

No he podido terminar, me encantaría terminar mi colegio, pero no he podido. Yo me iba a graduar en diciembre porque fui haciendo de a poco, pero pues, la economía no me ayudó. Yo estaba en un instituto a distancia, estudiando para terminar, pero debía un dinero y no lo pude separar, no lo tengo (...) y no, el FeA es solo para educación de los niños, yo sé que la focalización sigue en los niños, la prioridad son los niños, es de ellos, ese es el énfasis, que ellos estudien y tengan una salud digna. Entonces yo tengo eso pendiente para poder graduarme del instituto, tengo que pagar el derecho a grado y todo eso. Cuando pueda juntar un poco yo lo voy a hacer, porque yo quiero terminar. (Lina, Colombia, comunicación personal, 2015)

Asimismo, en torno al crecimiento y cuidado personal en términos de la atención a la salud, opera un mecanismo diferente. En ambos casos, se reconoce que los circuitos informales construidos en el cumplimiento de las condicionalidades facilitan a las mujeres adultas cuidadoras el acceso a servicios de cuidado y atención individual. Tanto en el caso de la AUH como en el de FeA, estos se concentran, principalmente, en los servicios de prevención y detección temprana de enfermedades ginecológicas y, para el caso colombiano, resulta interesante que esta dinámica se extiende, también, hacia el cuidado odontológico. Al igual que en el ámbito educativo, se comprende que esta diferencia puede estar vinculada a la trayectoria histórica de otras políticas sociales, en este caso, de salud,

que, en el territorio colombiano incorpora la salud bucal dentro del Plan de Beneficios en Salud.

FeA a veces hace campañas con las secretarías de salud, entonces hay campañas de vacunación de los niños y a veces ahí aprovechan y hacen controles de senos para las mujeres. Para qué, pero FeA sí ha estado ahí ayudando con los controles de las mamitas. (Carmen, Colombia, comunicación personal, 2023)

Porque al tener la obligación de llevarlos, sobre todo a medicina general y eso, yo pensaba "nada me cuesta sacar también la cita para mí". Entonces siempre que los llevaba, me sacaba cita, por ejemplo, con lo de salud bucal, así me fui controlando con esas cosas que a veces uno se deja estar, así era más periódica. Ellos tenían sus dos citas al odontólogo al año, yo tenía mis dos citas al odontólogo al año, y así. (Diana, Colombia, comunicación personal, 2023)

Yo trato de controlarme una vez año, ahora que en el centro de salud hacen un circuito para el cuidado de la mujer, entonces me hago los controles y voy bien por ahora. Me facilita mucho que ya me conocen en el centro de salud como voy ahí por la AUH de los chicos, entonces me anotan en ese circuito que hacen cada tanto y voy y me hago los controles y esas cosas. No es que si vos no tenés la asignación no podés ir, podés, es público, pero es como que ellos te tienen más en cuenta. (Eugenia, Argentina, comunicación personal, 2023)

Asimismo, se comprende que esta dinámica se vincula a estrategias familias de ampliación de los capitales sociales (Gutiérrez, 2007), en tanto el acceso a las instituciones de las mujeres adultas aparece mediada por facilidades de los trabajadores/as de las instituciones de salud que "las conocen" y por el ánimo de aprovechar el paso por hospitales, centros de salud o IPS según el caso. Esto, en tanto, como se presentó previamente, ni en el diseño de la AUH ni en el de FeA se contempla la vinculación prioritaria de estas familias a instituciones sanitarias (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2014).

Ahora bien, la segunda idea emergente en esta dimensión refiere a las posibles transformaciones de las desigualdades existenciales en torno a la posibilidad de desarrollo y crecimiento de las infancias a partir de sus procesos educativos. En este escenario, la primera continuidad identificada refiere al reconocimiento que hacen las familias de la oportunidad que brindan las PTC para sostener las matrículas de los niños/as durante la educación primaria y secundaria o bachillerato según el caso. Para el caso argentino, se identifica un aporte monetario que garantiza, sobre todo, recursos de vestimenta y alimentación de los/as niños/as durante su período escolar; mientras que entre las familias colombianas se reconoce, más bien, una garantía en torno a gastos directos de matrícula en las instituciones educativas y de recursos puramente escolares, como útiles o materiales de estudio.

Sí, el FeA ha sido una gran ayuda porque en el hogar permite tener las cosas de la escolaridad, por ejemplo, que los zapatos, que el niño creció y necesita uniforme, bueno, ahí tiene una la platica para las cosas de la escolaridad de ellos. Entonces así ellos pueden ser estudiados, tener sus estudios, tener que para la maleta, que para el cuaderno, que los colores, que los útiles. Que si se antojan de comer algo rico, que si quieren llevar su milo, sus galletas. (Carmen, Colombia, comunicación personal, 2023)

En ese sentido, ya sea apoyando los procesos de alimentación, de vestimenta y/o directamente los gastos de matrícula, se comprende que, en términos generales, las PTC analizadas se configuran como un sostén central en la escolaridad de los niños/as. Esto resulta coherente con los aportes de autores como Benson (2012) y Fiszbein y Schady (2009), quienes reconocen grados crecientes de efectividad de las PTC en América Latina a la hora de ampliar los niveles de matrícula en educación primaria y media y, de esa forma, avanzar en los objetivos a corto plazo de estas políticas asistenciales.

Ahora bien, a partir del trabajo analítico, se identifica, también, que esa permanencia y egreso de las instituciones educativas no se relaciona de manera directa con posibilidades de crecimiento y/o desarrollo autónomo en edades más avanzadas. Por el contrario, con especial énfasis en las familias colombianas, se reconoce una trayectoria (Lera et al., 2007) en común marcada por los siguientes hitos: los/as niños/as finalizan sus estudios, de

manera automática se interrumpe la protección ofrecida por la política pública y se encuentran con un mercado de trabajo que les resulta sumamente expulsivo, al tiempo que con escasas ofertas de educación superior accesibles.

En ese sentido, si bien resulta innegable que los diseños de estas políticas públicas se orientan y logran, justamente, a mantener a sus beneficiarios dentro del sistema educativo, estas no constituyen herramientas reales de transformaciones de las estructuras de desigualdad que limitan las posibilidades de realización personal y de construcción de proyectos de vida autónomos. Por el contrario, en el marco de las trayectorias de vida incorporadas en el estudio, se identifica que, al finalizar los ciclos educativos básicos, opera una re-familiarización del bienestar (Martínez Franzoni, 2007), donde se refuerza al espacio doméstico como fuente principal de resolución de necesidades. Los testimonios a continuación resultan representativos de esta dinámica:

Yo tuve a mi hijo más grande en el programa muchos años y así él pudo terminar sus estudios. Ya no está más en el programa, ahora le toca buscar trabajo, pero bueno, ese es otro problema, porque la llegada de trabajo no hay, es muy poca. Pero eso ya no es del programa, es que a uno le toca buscar y buscar y yo confío en que va a encontrar. O si no toca ser más juiciosa, ser una mamita más juiciosa y guardar esa plata, ahorrarla en el banco, para que los chicos después puedan estudiar en la universidad. (Carmen, Colombia, comunicación personal, 2023)

Mis hijas más grandes ya estudiaron, ya no tienen más el FeA porque ya terminaron el colegio, pero ahora están sin trabajo, buscando. Ellas han trabajado en ventas, de auxiliar en algunos lugares, en almacenes, pero aún no han conseguido un trabajo estable. Buscan, buscan de lo que sea porque tampoco se puede elegir mucho y en la casa somos muchos para solo mi trabajo. Pero ya son estudiadas, han tenido la posibilidad, entonces yo creo que en algún momento van a encontrar. (Sara, Colombia, comunicación personal, 2023)

Asimismo, en esta dinámica se comprende, también, que opera una construcción de sentidos tendientes a naturalizar la responsabilidad individual de los jóvenes en revertir

y/o enfrentarse a estructuras sociales desiguales. En tanto se asume que hubo una apuesta del Estado por ampliar las posibilidades de desarrollo individual a partir del fortalecimiento de capacidades y competencias productivas de los/as niños/as (Cohen y Franco, 2006), los ahora jóvenes corren con la tarea, devenida en esfuerzo individual, de superarse a sí mismos, enfrentar desigualdades estructurales y posicionarse de manera ascendente en la escala social.

3.1.3. Desigualdades de renta: afecciones físicas y emocionales

Las desigualdades de renta, de acuerdo con Therborn (2013), refieren a aquellas inequidades en la disponibilidad de recursos materiales que impiden u obstaculizan la vida cotidiana y la resolución de necesidades. En el caso de este estudio, la vinculación entre las PTC contempladas y este tipo de desigualdades se comprendió a partir de dos elementos centrales: por un lado, el reconocimiento por parte de las familias de diversos padecimientos emocionales originados en la percepción de diversas desigualdades materiales, sobre todo, en la vida de las infancias. Por otro, se identificaron una serie de afecciones físicas que, en el marco de las trayectorias de salud familiares, aparecen como episodios emergentes en el intento de manejar el estrés o la angustia.

En cuanto al primer elemento, el trabajo analítico permitió reconocer que, aun contando con los recursos provenientes de las PTC, tanto en las familias argentinas como en las colombianas incorporadas al estudio, se experimentan de manera permanente emociones de angustia, estrés o desánimo vinculadas a la percepción de las desigualdades de renta. Se comprende que estas particularidades en las emociones se relacionan de manera directa con la desigualdad en tanto en los discursos de las familias siempre emergen a partir del ejercicio de comparación con otras familias u otros grupos que se ubican en posiciones socioeconómicas diferentes y frente a las cuales se reconocen en desventaja, en falta o en una situación de carencia.

Esto resulta sumamente coherente con los aportes de Wilkinson y Pickett (2009 y 2017), quienes enunciaban que uno de los factores que permite comprender la profundización de los malestares psíquicos y emocionales en la contemporaneidad se vincula, justamente, con los crecientes niveles de desigualdad y con esos ejercicios y prácticas de comparación permanente entre las capacidades de consumo de los grupos,

las familias y los individuos. De esa manera, de acuerdo con los autores, las brechas de desigualdad material *se meten debajo de la piel* y facilitan episodios de estrés, preocupación y desconfianza constante frente a la mirada del otro.

Antes del FeA donde más lo sentía era en los gustos con los niños, a veces ellos te dicen "mamá, quiero esto" y yo no tenía, me tocaba estirar la moneda para poder darles un gusto, aparte son tres, no puedo darle solo a uno. Entonces a mí muchas veces me tocaba limitarlos en temas como esos, ellos te dicen "mamá, yo quiero un par de tenis como los de Arley", como los del amiguito, y a mí me tocaba decirles no, no se puede, nosotros podemos estos otros. (Manuela, Colombia, comunicación personal, 2023)

Depende mucho la época y la edad de los chicos. Hay veces que los chicos entienden y está bien, uno resuelve con lo que tiene. Hay veces que ellos entienden que no hay carne y comemos todos un poco de guiso, de arroz, fideos. Pero hay épocas en las que los chicos no entienden, van al colegio y les da vergüenza comer en el comedor, van al colegio y ven que los amiguitos comieron carne y vienen y reclaman. Y vos sabés que la plata de la asignación es de ellos, entonces si ellos te piden carne todos los días te toca alternar las comidas. No comer vos y darles carne a ellos, porque la plata es de ellos. Pero eso te da angustia, te da bronca, vos te levantás todos los días y pensás, ¿por qué no puedo tener yo esto? ¿por qué no puedo tener la carne para todos los días, la ropa para los chicos, el techo terminado? a fin de mes esa angustia se siente mucho, es de todos los días. (Eugenia, Argentina, comunicación personal, 2023)

Asimismo, el trabajo analítico permitió reconocer como regularidad dos episodios en la vida cotidiana familiar que, en ambos casos, decantan en momentos de mucha tristeza, ansiedad y estrés, sobre todo en las personas que ejercen el cuidado de las infancias: por un lado, aquellas épocas del mes o del bimestre, dependiendo el caso, alejadas de la fecha

de cobro de las PTC donde se dificulta la organización económica para garantizar el alimento de calidad de las infancias y cuando, principalmente, se tienen que negar aquellos alimentos asociados al ocio o al gusto de los niños/as. En segundo lugar, aquellas fechas del año que se comprenden como fechas especiales, tales como cumpleaños, navidades, fin de año, inicio del año escolar, donde los/as niños/as esperan determinados consumos o bienes que no logran solventarse.

Ahora bien, en este escenario, se identifica una particularidad en torno al caso colombiano. Al igual que se enunció en el apartado anterior, se comprende que lo esporádico de la prestación de FeA hace que esta no se incorpore como un pilar de la economía familiar, a diferencia del caso argentino, donde la AUH, por su sistematicidad y regularidad, constituye un ingreso permanente de las familias. En ese sentido, FeA se configura más como un ingreso eventual, inesperado que, cuando llega, muchas veces permite resolver esos “gustos” o demandas de los niños/as que, en la vida cotidiana, permanecen carentes.

Los fragmentos a continuación amplían estas ideas:

Por ejemplo, este mes cumplen años las dos y yo en abril no trabajé. Tuve dos clientas nada más, entonces tuve que usar la asignación para las cosas de la comida y nada más. No pude guardar, y ya se me viene el cumpleaños de las chicas. Estoy con eso en la cabeza, que ya se viene y que me va a faltar plata para comprar esto, para comprar aquello, es algo que pienso todo el día, a veces no puedo dormir, este mes he estado muy cansada, porque a la noche me quedo pensando. Ella me había pedido un celular, la más grande, y no llego, no llego, ahora mismo estoy desesperada porque no llego con la plata (...) Me agarra bronca y enojo, porque yo lo he intentado. Me agarra la locura, la depresión, no me dan ganas de comer ni de salir y me siento triste, pero bueno, como mucho hablo con una amiga, que me escucha, pero no me puede ayudar a resolver tampoco. (Carla, Argentina, comunicación personal, 2023)

Angustia sí, yo vivo muy angustiada, porque a veces llegan las fechas especiales, no sé, los grados de los niños, y uno no tiene para comprarles la ropita. A veces que los amiguitos quieren hacer la invitación, quieren celebrar el grado, o un cumpleaños y uno no tiene cómo darles a los hijos de uno para que vayan y compartan una celebración, un momento, igual que los otros. Entonces uno se siente estresado y mal, al ver que unos pueden y los hijos de uno no, se siente enojada, muy angustiada porque una no puede hacer lo mismo (...) ahí te cae lo que es realmente estar sola, sin ninguna ayuda (...) Y no tener esos recursos te estresa mucho, una se siente sofocada, se pregunta todo el tiempo, ¿para dónde arranco? ¿qué hago? Y eso te afecta, física y mentalmente. Lo que más sentí era con los nervios, yo sentía muchos nervios, me sentía como que no podía estar encerrada, acá en la casa, porque me alteraba demasiado. (Helen, Colombia, comunicación personal, 2023)

En este punto resulta preciso recuperar algunos aportes trabajados en el capítulo nº1, en tanto los testimonios recogidos permiten reconocer con precisión cómo la experiencia de la desigualdad y de ocupar posiciones no privilegiadas en la escala social y económica (Wilkinson y Pickett, 2009 y 2017) desencadenan sentires y rutinas cotidianas marcadas por el malestar emocional. En los casos estudiados, estas experiencias de malestar emocional se expresan tanto en sensaciones, pensamientos, desánimos que se naturalizan y hacen parte de la vida cotidiana de las personas como también en padecimientos que se agudizan, obstaculizan el día a día y requieren atención sanitaria especializada, es decir, que caracterizan esa forma precisa de enfermar emocionalmente enunciada por Han (2012):

Me había dado como un ataque de depresión, yo pienso que son cosas que se van acumulando, de la angustia de cada cosa y que en algún momento se explota, pero sin saber exactamente por qué te da eso. Yo creo que es una suma de cosas, un día es ay no, que ya toca pagar el arriendo, el otro día que ya son los servicios,

la comida, o lo que sea, cosas así, entonces una vive preocupada, angustiada, porque no tiene una estabilidad en la economía y tampoco es que pueda contar con eso, con el FeA (...) Ahorita estoy tramitando la cita con psicología, porque tengo mucha angustia, mucho estrés, mucha ansiedad y eso me está afectando psicológicamente. Yo me fui a urgencias, ellos me vieron y me trataron algo que yo tenía respiratorio. Pero yo llegaba acá a la casa y me daba como la depresión, me dolía mucho todo, me sentía muy encerrada, con fobias, no sé. Entonces ellos me dijeron no, nosotros ya te tratamos, tiene que sacar cita por la EPS con psicología porque eso es otra cosa, así que ahorita estoy con eso. (Sara, Colombia, comunicación personal, 2023)

En segundo lugar, en el marco de las desigualdades de renta, en los discursos analizados se identificaron una serie de afecciones físicas que, dentro de las trayectorias de salud familiares, aparecen como episodios emergentes en el intento de manejar el estrés o la angustia. Estos episodios tienen mayor regularidad en el caso colombiano y se relacionan de manera concreta con eventos cardiovasculares, trombosis o, incluso, intento de suicidio.

Yo me cargué muchísimo de estrés, muchísimo, estuve muchos días con demasiado dolor de cabeza, pero demasiado. Un día me levanté y me dice la niña "mamá, tenés un rojito en el ojo", yo pensé que no era nada, pero era un coágulo. Nos fuimos para el hospital y me dijeron que había tenido un derrame ocular, que era un problema de presión, que afortunadamente no había afectado nada a nivel neuronal ni motriz, pero que sí tenía que tener mucho cuidado porque era un antecedente de una trombosis. Me tenía que calmar, ellos me lo dijeron, que baje el estrés, estar más tranquila. (Lina, Colombia, comunicación personal, 2023)

De esa manera, a partir de este ejercicio, se puede comprender que la disponibilidad de las políticas contempladas en el estudio no incide de manera directa sobre las dinámicas en las que la desigualdad de renta afecta los procesos de salud de las familias beneficiarias

del recurso. Esto en tanto la estructura de posiciones socioeconómicas se mantiene inalterada, lo que provoca experiencias permanentes de angustia, estrés y malestares emocionales entre las familias (Wilkinson y Pickett, 2007) y, a largo plazo, padecimientos y afecciones físicas (Therborn, 2013) que reducen las posibilidades de una vida saludable. En contraposición a una transformación de las posiciones, la disponibilidad de estos recursos habilita ciertas prácticas de consumo de carácter ocasional que, principalmente, son motivadas por la comparación material constante con otros grupos y familias.

3.2. Políticas de transferencias condicionadas, trabajo y protección social

En este apartado se analiza la relación entre las políticas AUH y FeA y la segunda dimensión constitutiva de la cuestión social: el trabajo y la protección social. Como se anticipó, la categoría de trabajo se delimitó a partir de la doble conceptualización de Aquín et al. (2014): por un lado, como el conjunto de formas, condiciones y características de los procesos de realización de las capacidades productoras y reproductoras de ingresos del sector de la población que, al no contar con recursos de capital, depende exclusivamente de la venta y explotación de su mano de obra. Por otro lado, se reconoce también como trabajo el conjunto de tareas de cuidado intra y extrahogareño, no remunerado, que garantizan el sostenimiento de la vida y que se realizan, en su mayoría, de manera feminizada y en el ámbito de la domesticidad.

3.2.1. Políticas de transferencia condicionada y trabajo productivo

En el plano del trabajo productivo y remunerado, se identifica una trayectoria en común (Lera et al, 2007) en las familias de ambos países caracterizada por la informalidad laboral. En los dos casos, el fenómeno de un trabajo registrado, con salario fijo y acceso a prestaciones de seguridad social aparece como un momento de excepcionalidad en trayectorias donde lo transversal está signado por relaciones salariales precarias e informales.

Esto resulta coherente con los contenidos desarrollados en los capítulos anteriores, donde autores como Vite (2007), Antunes y Praun (2015), Torres-Tovar (2020), señalaban

una transformación estructural del mundo del trabajo en las últimas décadas que expone a grandes sectores de la población a dinámicas de informalidad, subcontratación o subempleo. A partir de estos aportes se puede comprender, también, que la informalidad laboral no sólo alcanza, dentro de los grupos familiares, a aquellas personas titulares de las PTC, sino a todos los miembros adultos del hogar y a todas las generaciones que lo constituyen. De esa manera, la informalidad laboral se configura como una relación social que estructura de manera determinante las posibilidades de reproducción cotidiana en esta población. Los fragmentos a continuación permiten ilustrar este análisis:

Sí, pues normal, yo siempre he trabajado, trabajo por día, a veces en algunos comercios por temporadas, o hago tamales y los vendo acá en la plaza, me las rebusco. Una vez tuve un contrato de tres años haciendo servicios generales, pero era por prestación de servicios, yo pagaba la seguridad social. Al principio era de martes a sábado a la tarde, después me pasaron a otra parte que era de todos, todos los días, si yo quería descansar, tenía que pagarle a alguien para que me suplante. (Isabel, Colombia, comunicación personal, 2023)

Mi marido siempre trabajó en las obras. Yo trabajaba con lo que salía en el carro y él lo que salía en la obra. Nunca tuvimos obra social ni nada, pero igual trabajábamos todos los días. Yo salía desde la mañana hasta el mediodía ponele, por los chicos. Y él sí salía todo el día, volvía cuando ya no había más para hacer en las obras, siempre de lunes a viernes, a veces el fin de semana, eso depende. Hay semanas en que sale y no consigue nada, puede pasar una semana sin tener nada de trabajo y consigue a la otra...es muy variable. (Ayelén, Argentina, comunicación personal, 2023)

Asimismo, cabe aquí señalar que, para el caso argentino, la falta de un empleo formal se constituye como un requisito en sí mismo para acceder a la prestación, mientras que en el programa FeA la calificación de las familias se realiza a través de un estudio de indicadores de pobreza que, por supuesto, incluyen la dimensión laboral pero no se

concentran sólo en ella (Corbella y Calle Espinosa, 2017). Esta diferenciación permite comprender una primera idea emergente en el análisis: la disyuntiva que estas políticas generan, al interior de los grupos familiares, entre el trabajo formal y la protección asistencial.

En el caso argentino, la disyuntiva es precisa: en el momento en que algún miembro de la familia comienza a trabajar de manera formal la protección proveniente de la AUH se suspende de manera automática. Es así cómo se identifican dinámicas en las que el varón adulto, usualmente el padre de los/as niños/as protegidos por la PTC, se vincula de manera formal a un espacio laboral y el grupo familiar deja de percibir ese recurso por el tiempo que la relación salarial dure. En mayor detalle, la mujer cuidadora de los/as niños/as ve suspendido ese ingreso que, como se argumentó previamente, permitía, en cierto punto, ampliar sus márgenes de autonomía y toma de decisiones.

El tema con el trabajo es que siempre ha sido muy inestable. Mi esposo trabajó siempre, en el taller, en la calle, en construcción. Siempre haciendo cosas distintas, lo que se encuentra. Pero el tema es que la asignación es si vos no trabajás en blanco, entonces a veces a mi esposo le salía algo en blanco y nos sacaban la asignación. Yo entiendo, está bien, ya tenemos el salario (...) pero sí es molesto que el trabajo sea tan inestable. (Gladys, Argentina, 2022)

Igual, él nunca dejó de trabajar, en blanco o en negro. Pero si trabaja en blanco ya sabemos que es por un tiempo, son momentos. Y la verdad es que en blanco o en negro nunca podemos llegar a cubrir todos los gastos, y encima algunas de las veces en las que empieza a trabajar en blanco nos suspenden la asignación y después hay que hacer todo un trámite. Al final es un trastorno porque el trabajo que no es permanente nos saca el único ingreso que sí sabemos que vamos a cobrar fijo (...) Ahí es difícil, cuando nos la han suspendido hay que tomar decisiones, decir "y bueno, acá hay que guardar, no se puede gastar en esto ni en esto porque hay que guardar para la comida del mes" y todo porque nos la

suspenden y ese es el dinero seguro. El resto va cambiando. Los gastos que priorizamos son la comida, los pañales de las niñas y lo que se deja de gastar casi siempre es cualquier salida, nos quedamos adentro, con lo mínimo. (Carla, Argentina, comunicación personal, 2023)

En ese sentido, se comprende que el funcionamiento y el diseño de AUH tienden a consolidar esa noción fundacional de la política social que opone, por un lado, la asistencia a la pobreza y, por el otro, el trabajo asalariado como su contracara (Bauman, 1998). De esa manera, en este dispositivo, asistencia y trabajo formal aparecen como fenómenos mutuamente excluyentes, aun cuando este último no es continuo ni garantiza con seguridad y continuidad la resolución de necesidades básicas al interior de los grupos familiares. Este análisis resulta coherente, también, con los aportes de Garcés (2017), quien propone que esta tensión entre trabajo formal y asistencia se expresa con claridad, en la característica *paliativa* de esta política pública. Para quienes logran insertarse en el mercado laboral formal, éste debe ser la única fuente de ingresos, por más mínimos e inestables que estos resulten. Para quienes no lo logren, sólo en ese caso, queda el dispositivo asistencial como medida subsidiaria, lo que resulta sumamente coherente con la red de manejo social del riesgo planteada por Holzmann y Jorgensen (2003): primero la familia, luego el mercado y la sociedad civil, por último y en casos mínimos, el estado.

A diferencia, en el caso del programa FeA, esta disyuntiva no aparece con tanta claridad. Por el contrario, las familias refieren cierta convivencia entre períodos esporádicos de trabajo formal y la prestación asistencial, en tanto el dispositivo que, inicialmente, podría restringir el FeA se vincula al puntaje asignado en un estudio de pobreza elaborado por el SISBÉN y no tanto al tipo de relación salarial del momento, siempre y cuando esta no transforme de manera significativa las condiciones materiales de vida de las familias.

No, lo que importa es el SISBÉN, ese puntaje. Eso nos explica siempre la mamita líder, que, si uno tiene en el SISBÉN A, les van a dar un poquito más, pero si uno tiene SISBÉN B, le van a quitar un poquito. Entonces hay que estar siempre, siempre atenta del SISBÉN, que no te lo vayan a cambiar. (Helen, Colombia, comunicación personal, 2023)

No señora, eso no se toca, el FeA no se toca. Lo que importa es el SISBÉN, aunque ahora han dicho que van a empezar a controlar, a ver, si uno está trabajando, si tiene seguridad social, pero eso sólo lo dicen, no lo han hecho porque lo que importa es el SISBÉN. (Mariana, Colombia, comunicación personal, 2023)

En el plano de la protección y la seguridad social, emerge una segunda idea analítica que permite explicitar diferencias significativas entre ambas PTC. Para el caso argentino, tal como se explicitó, la prestación proveniente de la AUH se caracteriza por ciertos elementos como su sistematicidad, su regularidad y su posición dentro del entramado institucional de la política social nacional (Garcés, 2017) que la configuran como un ingreso permanente hacia el interior de los hogares. Mientras los miembros de los grupos familiares mantengan relaciones laborales en el marco de la informalidad, esta política asistencial pareciera inmutable por otros factores, ya sean internos o externos a la familia.

Al mismo tiempo, recuperando el carácter central de la informalidad laboral que configura el mundo del trabajo de estas familias presentado en los primeros párrafos, es posible comprender que, en escenarios de permanente inestabilidad laboral, imprevisibilidad de los ingresos y ausencia de otros dispositivos de seguridad social, la AUH se configura como aquel elemento que ofrece protección en el tiempo y seguridad en caso de desempleo prolongado, enfermedad o necesidades particulares. De esa manera, es posible comprender que esta política pública pone en discusión ese principio contributivo que establece al trabajo asalariado como el único medio legítimo para acceder a la protección y la seguridad social (Mora, 2021; Espino Granado, 2014).

En contraposición, las familias receptoras de la AUH reconocen que esta prestación hace parte de sus recursos adquiridos por medio del sistema de protección social y se fundamenta en una historia laboral que ha impedido de manera sistemática su vinculación a través del principio contributivo. De esa manera, frente a la permanente inseguridad e incertidumbre para la vida que ocasiona el mundo del trabajo contemporáneo (Vite, 2007), y concentrando el análisis en la sistematicidad y certeza que esta política pública representa dentro de las organizaciones económicas familiares, la AUH se configura como un potencial recurso protección social (Ibarra, 2014) frente a situaciones de enfermedad, crisis, desempleo.

La AUH es como un salario. Es mi salario. Ayuda, al menos un poquito, para poder llevar a los chicos a la escuela, para poder comprarle las cosas de la escuela, los insumos que ellos necesitan. Yo digo que es mi salario porque yo nunca tuve un trabajo, así como se dice, en blanco, entonces ese es mi salario, es lo que tengo yo todos los meses. (Gladys, Argentina, comunicación personal, 2023)

Incluso hasta el día de hoy es una gran ayuda porque yo sé que tal día esa plata está ahí (...) Incluso con el almacenero: él sabe que me puede anotar porque tal día, esa plata está ahí, no le voy a dejar de pagar. Es seguro, entonces sí, eso ayuda muchísimo, si yo tengo una urgencia él sabe que yo puedo ir, sacar y después puedo pagar porque tengo la asignación que un día fijo llega. (...) Si falla alguno de mis otros planes, si tengo un problema en el trabajo, si me echan, si no me pagan, si viene otra pandemia, está ahí la AUH, está mi plan B. Yo sé que eso está ahí. (Clara, Argentina, comunicación personal, 2023)

No, él nunca dejó de trabajar. Pero, por ejemplo, te da la tranquilidad de que vos sabés que vas a tener esa plata todos los meses, entonces vas a poder comprar tal y tal cosa. Por ejemplo, si alguien se enferma, o si se enferma mi marido, podemos decir "bueno, quedate, no agarres el laburo", porque yo ya sé que tengo la asignación. No es lo mejor, tratamos de que no pase, pero en caso de que no se pueda agarrar un trabajo, puedo trabajar yo o tenemos la asignación. Una vez le agarró la loca que no quería trabajar en tal lado porque lo trataban mal, se sentía mal, y bueno, yo no quería esa vez, pero lo pudo dejar...sabemos que, para la comida, por unos días, con la asignación vamos a tener. (Carla, Argentina, comunicación personal, 2023)

Yo creo que nuestra economía, en parte, sí es segura con la asignación, porque si vos me preguntás: dentro de dos años, ¿vas a tener la asignación? yo te digo que

sí, nadie nos va a sacar la asignación, eso ya está. Para mí sí es segura. Es poco, tenemos poca plata, pero esa poca plata es segura. (Camila, Argentina, comunicación personal, 2023)

Ahora bien, para analizar con mayor profundidad esa capacidad de protección (Danani y Hintze, 2011) que ofrece la política, corresponde ampliar la mirada no sólo hacia la sistematicidad y seguridad de la prestación, sino también hacia su magnitud y las posibilidades de resolución de necesidades que esta ofrece. En ese sentido, se comprende que, a pesar de que la AUH se configura como un recurso permanente y sistemático de protección al interior de las familias, los montos de dinero que esta provee resultan mínimos frente al costo de bienes básicos que se encuentran totalmente mercantilizados, por ejemplo, el alimento, la vivienda, medicamentos, entre otros:

Yo estresada y angustiada por la plata me siento todos los días. A pesar de que siempre surgen trabajitos nuevos, sí siento angustia todo el tiempo porque para poder cubrir todo, yo tengo que dejar de estar con él para trabajar más (...) La angustia es que, para poder tener la plata que necesitamos, yo no puedo compartir nada de nada con él. Intenté dejar el trabajito de la tarde, pero a la larga la falta de plata se siente, entonces tuve que volver. Si la asignación quizás fuera un poco más alta, te permitiría decir bueno, este trabajo no lo agarro, se lo mando a otra peluquera, dejo un rato a la tarde para estar con mi hijo, pero la verdad con los montos tan bajos no, no se puede, no alcanza. (Agustina, Argentina, comunicación personal, 2023)

Por ahí me estresa, ahora por ejemplo tiene que tomar un remedio que le dijeron en el centro de salud para la alergia. Y en el centro de salud no lo tienen, me mandaron a comprarlo. El remedio sale 7000 pesos y yo no tengo ahora para comprarlo. Este mes ya no lo tomó y obvio, eso me angustia, me estresa, ¿cómo voy a hacer el mes que viene? Porque yo no digo que la AUH sea un montón más de plata, pero al menos que alcance para todos los gastos, porque alcanza justo

para la comida. El resto no alcanza y eso, como mamá, te desespera. (Florencia, Argentina, comunicación personal, 2023)

Yo recuerdo una vez, de esos primeros años en los que estábamos con la AUH, no conseguíamos nada de nada para trabajar (...) Fue una angustia muy grande. La pasamos mal, solos, con los chicos y sin un peso. La angustia era de quedarnos sin un techo dónde vivir. No teníamos lo suficiente para pagar el alquiler, no conseguíamos nada (...) Teníamos la AUH, pero eso no alcanzaba para el alquiler y la comida, y nos angustiaba mucho quedarnos en la calle con los chicos. (Gladys, Argentina, comunicación personal, 2023)

De esa manera, partiendo de este análisis, si la mirada se concentra en la capacidad de acceso a bienes básicos que la AUH facilita, resulta preciso enunciar que esta garantiza niveles de protección mínimos que no reducen de manera significativa la incertidumbre generalizada frente a la inseguridad económica (Sora, Caballer y Peiró, 2014). En tanto esta sensación de inseguridad permanece latente, en las organizaciones familiares se vuelven cotidianas emociones como la insatisfacción personal, el cansancio crónico, la preocupación permanente frente a la posible irresolución de necesidades básicas y la ansiedad por el miedo al futuro, a mediano y largo plazo (Espino Granado, 2014). En otras palabras, este mecanismo de protección permanece insuficiente para lograr reducir los niveles de vulnerabilidad y sufrimiento humano asociados a la incertidumbre y la desprotección social planteados por Ibarra (2014).

Para el caso de Colombia, por el contrario, no se identifica una práctica protección social sistemática, así sea en niveles mínimos, de la población. En cambio, en el marco de esta PTC, persiste la noción de la política pública como un recurso esporádico de gestión del riesgo, como una ayuda o un auxilio en casos puntuales de carencia que se caracteriza por ser ocasional y por su falta de persistencia:

Y tampoco es que pueda contar con eso, con el FeA, porque una nunca sabe si la pagan o no la pagan, si la pagan bien, y si no la pagan también. Una no puede ir a

quejarse, porque no, si lo pagan, bienvenido, pero si no lo pagan, y bueno, es una ayuda, no una obligación. (Sara, Colombia, comunicación personal, 2023)

Entonces una no se puede confiar, porque puede haber una falla, en educación o en salud, y a veces no llega y no hay nada que hacer. Una nunca puede atenerse de lo que no ha trabajado, eso es un auxilio, no es una obligación del gobierno lo que nos dan, entonces no hay que atenerse a eso. (María, Colombia, comunicación personal, 2023)

Como se puede ilustrar con los testimonios, a diferencia de la noción de la AUH como un recurso de protección social al que se accede por derecho frente a situaciones de desempleo, en torno al FeA persiste una idea de favor, de apuesta gubernamental para familias estratégicamente elegidas por dos elementos centrales: su condición de pobreza y su predisposición para superarla. Es partir de esta idea de apuesta que se asume, también, que las familias tienen que hacer sacrificios para disponer del recurso, ya sea al momento del acceso, por ejemplo, haciendo largas filas, pasando toda la noche a la espera de presentar su solicitud o bien, durante la percepción de la PTC, esforzándose más para estabilizar de manera autónoma su seguridad social y económica, aceptando más trabajos en condiciones precarias y con prestaciones mínimas o, incluso, dejándole la oportunidad a otra familia que tenga aún menos protección.

Yo me acuerdo de que nos hicieron una reunión, acá en la biblioteca del barrio. Nos dijeron que iban a hacer una reunión de mamitas que no tuvieran suficientes recursos económicos y que posiblemente nos iban a hacer un censo, para ver qué mamita iba a salir favorecida del barrio y cuáles no. Y bueno, yo fui a la reunión, después fui al censo que nos lo hacían desde el SISBÉN y me acuerdo que algunas mamitas salieron favorecidas y otras no. Yo no me acuerdo bien bien qué preguntas nos hicieron, pero algunas salimos y otras no (...) Lo cobré la primera vez hace como ocho años, estuve cinco años y nos sacaron. Pero eso es normal, yo entiendo, una tiene que salir para dejarle el lugar a otra mamita y que también avance, para que también pueda aprovechar y avanzar, y conocer el programa

familias acción, saber de qué se trata, aprovechar los recursos. Entonces me tuve que retirar, la mamita líder me explicó y me tuve que retirar. Después de dos años la mamita líder me volvió a llamar y estoy de nuevo por los dos más chicos. (Helen, Colombia, comunicación personal, 2023)

Pero no, no, yo sigo trabajando normal. El hecho que uno tenga un apoyo, del gobierno, o de otra persona que se lo quiera ofrecer a uno, no significa que una se tiene que quedar acostada, no, al contrario, una tiene que batallar más, esforzarse más. Porque el que te ayuda está apoyándote porque confía en que cumplas tu sueño, entonces tienes que retribuir y esforzarte más. Entonces yo nunca dejé de trabajar, hago oficios varios, trabajo haciendo aseo, lo que me salga, en conjuntos, en empresas. (María, Colombia, comunicación personal, 2023)

A partir de estos elementos, se comprende que, a través del diseño e implementación del FeA, se consolida con mayor énfasis el manejo social del riesgo como estrategia de protección social. A través de esta, se asume que la protección social es una responsabilidad plenamente individual frente a la incertidumbre inevitable de las sociedades contemporáneas y del mercado de trabajo que es cambiante y volátil. De esa manera, FeA forma parte de esa política social mínima del modelo neosistencialista (Mora, 2019) que se orienta a mitigar, de manera paliativa y precisa, ciertos efectos negativos de la pérdida de ingresos por la incapacidad personal de adaptarse a contextos críticos y asegurar la propia supervivencia.

3.2.2. Políticas de transferencia condicionada y trabajo reproductivo

En el caso del trabajo reproductivo, la categoría central que organiza el ejercicio analítico es la categoría de cuidado, comprendido como un conjunto de prácticas que sostiene y nutre a las personas, prácticas que son tan diversas como fundamentales para la existencia humana. Las tareas de cuidado incluyen desde el autocuidado hasta el cuidado directo hacia otros/as, incorporando tanto la generación de condiciones propicias para el cuidado: la compra de alimentos, el pago de servicios, el lavado de la ropa; como la

gestión del cuidado: la organización de horarios, los traslados, el acceso a instituciones educativas y de salud, entre otras (Pautassi, 2016).

A partir de esta delimitación, el trabajo analítico permite comprender tres dinámicas fundamentales que dan cuenta de la relación entre las PTC estudiadas y el trabajo reproductivo: por un lado, la familiarización y feminización de las tareas de cuidado; por el otro, la tendencia de las PTC a fortalecer esos procesos de familiarización y feminización y, por último, la percepción de diversos malestares físicos y emocionales a raíz del cuidado por parte de las mujeres receptoras de las políticas públicas. Estas dinámicas, con sus matices diferenciados en cada caso de estudio, se presentan en los próximos párrafos.

En primer lugar, se identifica un elemento en común entre los dos casos de estudio: tanto para el caso argentino como para el colombiano, en las familias receptoras de las PTC, las tareas de cuidado que constituyen el trabajo reproductivo se realizan en la domesticidad y, de manera mayoritaria, son responsabilidad de las mujeres. De esa forma, resulta posible comprender lo propuesto por autoras como Mendes Diz, Domínguez Mon y Schwarz (2011), quienes afirman que la feminización de los cuidados y su reducción al ámbito doméstico responde a una lógica fundamental de la estructura patriarcal. A través de la división sexual del trabajo, por un lado, se minimiza e invisibiliza el trabajo de las mujeres hacia el interior de las viviendas y, por el otro, se le otorga un sentido vinculado a la vocación natural, la abnegación o el amor familiar.

Esto resulta claro a la hora de analizar los casos de estudios, en tanto se reconoce que, en todos los casos, tareas centrales para la reproducción de la vida como la compra de alimentos, su preparación, el cuidado de la niñez, la atención de padecimientos crónicos o agudos de salud, la limpieza del hogar, entre otros, son realizados de manera permanente por figuras femeninas. Estas son, en su mayoría, aquellas madres receptoras de las PTC, independientemente de que tengan o no una vinculación laboral por fuera del hogar, y, en menor medida, algunas figuras femeninas provenientes de otras generaciones de la familia: abuelas, tías o hijas. Los fragmentos a continuación permiten ilustrar esta dinámica:

Yo me levanto, les hago el desayuno a las chicas, pero no todos los días se desayuna. Las traigo a la escuela y si tengo que lavar, lavo, limpio, tipo 12 me tomo un mate. Si me toca trabajar tengo que dejar todo listo, la ropa limpia, la mochila lista, organizo los horarios con la mujer los horarios de las nenas. No me gusta que

las cambie otro, entonces yo me quedo y me organizo. Si el padre las tiene que cambiar, peinar, o lo que sea, es un problema, a veces no vienen a la escuela por eso si me toca trabajar. En última mi hermana más chica o una vecina me las retira del cole, pero ayudarlas a vestir o peinar eso sí, o lo hago yo o nadie. (Carla, Argentina, comunicación personal, 2023)

Bueno cuando la niña va a estudiar, yo me levanto por ahí a las cinco y cuarto, la despierto, le hago el desayuno, la despacho para el colegio. Después le hago el desayuno a mi esposo, a mi otro hijo, organizo almuerzo, organizo casa. Como la casa no tiene cemento, sino de tierra, siempre te la barro, eso lleva tiempo. Hago el almuerzo, lo llevo si ellos salieron a trabajar por fuera. Ya espero que la niña llegue del colegio, le despacho el almuerzo a la niña, arreglo la cocina otra vez. Y después que la comida, que de nuevo cocinar, que de nuevo arreglar cocina, y así todos los días, casi todo el día se van en eso (Isabel, Colombia, comunicación personal, 2023).

Sin embargo, si bien esta dinámica es compartida por ambos casos de estudio, en el caso de las familias titulares de la AUH se identifica una particularidad: la presencia cotidiana de espacios de cuidado por fuera del núcleo familiar primario ya sea familia extendida, instituciones estatales u organizaciones comunitarias, entre las que se destacan los centros de salud, las escuelas y los comedores territoriales. Esto resulta coherente con el planteo de Pautassi (2009), quien reconoce, en territorio argentino, la centralidad que tienen las organizaciones vecinales y barriales, denominadas por ella *tercer sector*, en la resolución de necesidades y garantía de cuidados, principalmente, para familias económicamente vulneradas.

Mi nene a veces va a un comedor a la tarde, bueno, mi sobrina también. Donde va uno, van los dos, es así. Hace poquito empezó el merendero acá en el barrio, nos invitaron y los llevamos. Cuando sale él del colegio la buscamos a mi sobrina y los llevo, allá le dan la leche de la tarde, así que a nosotros también nos sirve. Y cada

tanto le dan un juguete, o algo así. Y un par de veces les dicen "hoy no hay leche, hoy servimos la cena", entonces ellos llevan un tupper y tienen la comida lista. (Camila, Argentina, comunicación personal, 2023).

Por el contrario, en el caso colombiano, la presencia comunitaria y/o estatal no se presenta con tanta regularidad. En las familias receptoras del FeA, la organización del cuidado se encuentra circunscripta con muchísima más intensidad al ámbito doméstico y a la familia tradicional como espacio natural de provisión de bienestar. Esto resulta coherente, también, con los aportes de Martínez Franzoni (2007), quien ubica a Colombia dentro de los regímenes de bienestar familiaristas, caracterizados por una presencia central de la familia nuclear tradicional en la resolución necesidades básicas para la reproducción de la vida, una división sexual del trabajo que permanece inalterada y una escasa provisión pública de servicios de cuidado.

Esta particularidad del caso colombiano se refleja, principalmente, en los testimonios que dan cuenta de discursos al interior de las familias donde se identifica que la división sexual del trabajo configura, de manera determinante, las organizaciones domésticas y los roles atribuidos a una familia tradicional nuclear. De esa manera, la noción de de división sexual del trabajo (Batthyány, 2015; Domínguez Mon, 2017) permite comprender ese doble proceso de construcción: la figura del varón, proveedor, necesariamente productivo en el espacio público, y la figura subalterna, representada por la mujer, encargada no sólo de la concepción y la reproducción biológica de la especie, sino también, responsable de la crianza y el cuidado de niños/as y todas las personas que, al interior de la familia, lo requieran. El testimonio a continuación resulta claro al respecto:

Yo muchas veces me siento angustiada por eso, porque Jhon es muy estricto con el tema del oficio. Entonces nosotros tenemos niños y los niños son desordenados, ellos son así, dejan el zapato por aquí, la maleta por allá, y él no lo entiende. Él llega y dice, vengo muy cansado de trabajar y no quiero andar recogiendo el reguero de ellos, por qué tiene que estar la casa sucia, entonces siempre se genera conflicto. A mí eso me genera estrés, entonces yo trato de llegar a la casa antes que él para ordenar todo, les digo a los niños que ordenen que ya llega su papá y así evito el problema por el oficio. Yo soy muy sentimental, entonces lloro, lloro

mucho. Él me dice, pero por qué lloras, si solo te estoy diciendo que el oficio. Pero él no entiende que con los chicos es difícil y que una como mamá se siente mal, yo lo entiendo a él, pero sí me genera mucha tristeza y estrés. (Manuela, Colombia, comunicación personal, 2023).

Como segundo elemento de análisis, a partir de los testimonios recogidos se identifica que la figura de la condicionalidad, en el marco de estas políticas públicas, constituye un dispositivo que fortalece los patrones de género en torno al trabajo reproductivo. Este fortalecimiento opera a través de mecanismos que, si bien son compartidos por ambos países, tienen sus particularidades en cuanto a la magnitud y agudeza con la que determinan la vida cotidiana.

En primer lugar, se comprende que la figura de la condicionalidad, al estar atada directamente a tareas de cuidado, fortalece los sentidos y mandatos mediante los cuales se distribuye el trabajo al interior del hogar entre varones y mujeres. En tanto a partir de las PTC, las mujeres reciben un recurso *a cambio de* la escolaridad y la atención sanitaria de los/as niños/as, se consolida la idea de que garantizar estas prácticas es una responsabilidad femenina y habilita la exclusión de los cuidadores varones de su gestión cotidiana. De esa manera, la condicionalidad opera desdibujando la idea de responsabilidad parental compartida sobre el cuidado de las infancias y consolidando sentidos donde educación y salud constituyen una contraprestación que se les exige a las mujeres madres para poder acceder al recurso asistencial.

Los testimonios a continuación permiten ilustrar esta dinámica:

Yo sé que tengo que cumplir a nivel educativo con los niños, con la asistencia al colegio, con la aprobación de años, con la salud, que tengo que llevar a los niños a sus controles regulares del hospital, cumplir con las vacunas, a nivel emocional con ellos también, salir a recrearse, yo sé que esos son los requisitos del gobierno. Sí son mi responsabilidad, porque yo aparezco en la ficha como la cabeza de familia en la ficha de FeA. Yo me procuro mantenerme bien pendiente de eso, yo sé que es lo más importante (Manuela, Colombia, comunicación personal, 2023).

Sé que para cobrarlo las chicas tienen que tener bienestar en su salud e ir a la escuela. Yo me encargo de eso, yo sé que lo cobro entonces yo soy responsable de las chicas. No sé cuánto tiempo me lleva, pero yo le doy todo mi tiempo a que ellas vayan a la escuela, a que coman, a que se bañen, que no se enfermen. Por ellas yo voy al hospital, yo voy a la guardia, espero que me atiendan, sé que las tengo que llevar sí o sí. Si es por mí no, nadie me va a decir nada (...) No sé si me siento cómoda, pero es lo que a una le toca hacer, lo que toca hacer por tus hijas. Aparte te dan la plata para que las lleves a la escuela, entonces sí o sí me toca a mí. (Carla, Argentina, comunicación personal, 2023).

Este análisis resulta coherente con los aportes de Rodríguez Enríquez (2011) y Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014), quienes afirman que este tipo de políticas públicas ubican a las mujeres en un rol de género preciso: el de administradoras del recurso y responsables de la contraprestación de la condicionalidad. De esa manera, las PTC transforman el mundo del trabajo reproductivo consolidando el rol asignado a las mujeres y modificando la intensidad en el uso del tiempo para las tareas de cuidado.

En el caso argentino, esta dinámica en torno a la modificación en el uso del tiempo se puede identificar con muchísima precisión. Como elemento común en los testimonios trabajados, se identifica, en el marco de la trayectoria familiar, un momento clave de ruptura: en los primeros años de vida de las infancias y antes del inicio de su vida escolar, las familias se encuentran con la necesidad de disponer de mayor tiempo para el trabajo de cuidados intradoméstico. Durante esos años, aparece una disyuntiva entre el tiempo destinado al trabajo productivo y al trabajo reproductivo que suele resolverse mediante el retiro de la mujer adulta del mercado laboral remunerado, garantizando así más disponibilidad cotidiana para el trabajo de cuidados.

Este retiro, en algunos casos, es temporal y vuelve a modificarse cuando los/as niñas inician su escolaridad y, en otros, es permanente. Sin embargo, un elemento en común que orienta esta decisión es la AUH: en tanto las mujeres cobran el recurso y son responsables de la condicionalidad, se asume que, naturalmente, sean ellas quienes dejen sus empleos para dedicarse al cuidado.

Yo antes trabajaba en un local de ropa, trabajé muchos años ahí. Después dejé cuando me dijeron que podía cobrar la AUH, porque no tenía con quién dejarlo, no tenía quien lo cuide. Él era muy chiquito y no lo podía dejar, no tenía a quién. Así que cuando supe que iba a tener ese ingreso tuve que dejar, para poder cuidarlo. Desde que nació yo ya cada vez trabajaba menos, mis papás me tenían que ayudar cada vez más, era muy angustiante. Pero no tenía otra opción, le aceptaba algunas horas a la dueña del local de ropa pero ella también me decía que necesitaba a alguien que tuviera más disponibilidad... y yo no podía. Cuando me dieron lo de la asignación ahí dije bueno, dejo, me puedo quedar un tiempo a cuidarlo hasta que sea más grande. Y así fue todo, todavía no puedo volver. (Florencia, Argentina, comunicación personal, 2023)

En esos primeros meses me lo cuidaba mi mamá, yo le dejaba la leche y ella en ese momento todavía podía caminar, así que ella me lo cuidaba. Después que lo tuve a Lisandro yo habré trabajado dos o tres años más en la fábrica, pero en algún momento se nos complicó con el cuidado porque mi mamá ya no podía cuidarlo más. Ahí fue cuando el papá de él se vino a vivir con nosotros, entonces supuestamente él se iba a encargar de lo económico y yo de cuidarlo a él, entonces dejé de trabajar y me anoté en la AUH. (Clara, Argentina, comunicación personal, 2023)

Por supuesto, esta decisión también se ve afectada por las brechas de género propias del mercado de trabajo que tornan estratégica la decisión de mantener al varón adulto concentrado en el trabajo productivo; sin embargo, la disposición de la AUH constituye un elemento central a partir del cual las familias dan cuenta de esa decisión. Asimismo, estos períodos de tiempo durante los cuales las mujeres se mantienen fuera de un mercado de trabajo que, como ya se señaló, se caracteriza por su informalidad, precariedad y volatilidad, se tornan obstáculos, años más tarde, a la hora de reinsertarse en tareas

productivas que concilien las responsabilidades ya adjudicadas y asumidas torno al cuidado de la familia.

Fueron unos meses nada más, porque después quedé embarazada de nuevo y ya no pude seguir trabajando así que volví a la asignación. Esa vez fue la vez definitiva en la que dejé de trabajar, porque ya con una bebé tan chiquita...ella demanda mucho, entonces ya era imposible salir a trabajar. Con ese embarazo ya decidí quedarme en la casa a cuidarlos. Fue un problema la plata, obvio. Yo antes me organizaba con lo que iba sacando de las changas, pero la verdad es que trabajar y cuidarla a ella recién nacida y a los otros era imposible para mí. No tenía quién me los cuide, quien me ayude. Entonces me tocó resignar, el cuidado era lo que me tocaba a mí, no me quedó otra opción. No pude volver a trabajar, mi marido se encargó de trabajar un poco más e ir armando el taller para poder cubrir los gastos y yo manejaba la AUH. (Gladys, Argentina, comunicación personal, 2023)

En el caso colombiano se identifica otra particularidad vinculada al diseño específico del FeA y sus condicionalidades. En este caso, se comprende que la política pública reproduce con fuerza este tipo de mandatos a través de mecanismos específicos de construcción de sentidos, condicionando el acceso al recurso no sólo al cumplimiento de la condicionalidad en salud y educación, sino también, a la participación en espacios de formación y aprendizaje que refuerzan ideales de una maternidad correcta.

Si uno tiene menores de siete años, la obligación es llevarlos a control y crecimiento, a odontología, tener todos esos controles por si se los llegan a pedir. Y para los mayores ya es cumplir con los horarios de clases, que el niño esté matriculado, que el niño esté estudiando. A veces te llaman a talleres que se llaman encuentros de bienestar, donde se tocan temáticas como drogadicción, embarazo adolescente, bueno, las temáticas que los líderes digan. Hacen una reunión y se toca el tema que ellos escojan. Ahí nos explican a todas las madres cómo criar,

qué debe tener la salud de los niños, también a uno lo dejan opinar, preguntar si no entiende, es como una clase de esas temáticas. (Isabel, Colombia, comunicación personal, 2023)

Al igual que se señaló en el apartado anterior, los agentes o funcionarios públicos que operan como mediadores en la ejecución del FeA cumplen un rol fundamental en la consolidación de estos mandatos en torno a la maternidad. La figura de las “madres líderes” como ejecutoras de nivel intermedio de la política pública agudiza la configuración del trabajo reproductivo como una tarea exclusivamente femenina, que debe cumplirse con abnegación y altruismo. Esta dinámica puede comprenderse a partir de los aportes de Arcidiácono (2017), quien sostiene que la tarea de los agentes intermediarios puede facilitar u obstaculizar el acceso al recurso y su disposición al interior del hogar, en tanto se presentan como actores legítimos para valorar, de acuerdo con sus propios preceptos morales, quién y cómo merece la asistencia.

De esa manera, se comprende que esta dinámica opera como un dispositivo de escrutinio público (Arcidiácono, 2017), que disciplina la división doméstica del trabajo a través de la clasificación entre quién tiene derecho y quién no, quién cuida de manera adecuada y quién no, quién ejerce una maternidad merecedora y quiénes quedan por fuera:

Yo creo que modificó, sí, porque el mismo programa te lo dice es "familias" en acción, y ellos nos han enseñado, nos enseñaron mucho, no es sólo sentarse a esperar la plata, es tener sentido de pertenencia y de responsabilidad. No sólo es esperar la plata, ponerle cuidado a la familia, cada uno en su hogar tiene que hacer las cosas bien. La plata es, justamente, para que los niños tengan sus cosas. A nosotras nos recalcan eso, siempre, siempre, la mamita líder dice: "yo que no vaya a ver a una mamita cobrando y saliendo a comprar cucos, porque esa plata es de los niños". Ellos nos dicen, si alguien te ve haciendo eso, te sacan, esa plata es de los niños, no es nuestra. Eso es verdad, la plata es de los niños, es de ellos, no es que yo voy a ir a sacar la plata y comprar algo para mí, no, no, eso es para que nosotras cuidemos a los niños. (Carmen, Colombia, comunicación personal, 2023)

Una vez presentadas las dinámicas de familiarización y feminización de las tareas de cuidado y la tendencia de las PTC a fortalecer esos procesos, es posible ahondar en la relación entre las PTC y el trabajo reproductivo mediante el análisis de diversos malestares físicos y emocionales a raíz de las tareas de cuidado por parte de las mujeres receptoras de las políticas públicas.

Tal como adelantaban Ortiz Viveros, Martínez Pacheco y Ortega Herrera (2015) y Basile y López (2021), la carga de trabajo doméstico desencadena experiencias emocionales cotidianas en las mujeres responsables del cuidado de las infancias vinculadas al agotamiento, el estrés y la irritabilidad. En los casos estudiados, esas experiencias emocionales se asocian distintas características del trabajo doméstico, sobre todo, a la necesidad de conciliar horarios ente trabajo productivo y trabajo reproductivo, a la dificultad para “terminar” el trabajo de cuidados en algún momento del día y, también, en menor medida, a la sensación de dependencia de los recursos provenientes de las políticas asistenciales para la supervivencia. Los relatos a continuación permiten ilustrar estas experiencias:

A mí lo que más me cuesta es asumir esa tarea de tener que hacerme cargo de la vida de otra persona. Yo sé que es mi hijo y pongo lo mejor de mí, pero eso me estresa y me angustia. Y me estresa porque no tengo las condiciones dadas para eso, porque para mantenerlo tengo que trabajar en cuatro lugares al mismo tiempo, porque si es por la asignación es como te digo: alcanza para comprar la comida para 15 días. La asignación no te ayuda a cuidarlo, no te ayuda a llevarlo al colegio, a hacer las tareas. Y yo no puedo trabajar en cuatro lugares y hacer la tarea todos los días, todo al mismo tiempo. Eso me estresa y creo que a veces me entristece tanto que me afecta la salud. Y eso que tengo a mis viejos, que me re ayudan, pero no es su responsabilidad. No sé cómo llevar esa maternidad con estas condiciones, saliendo a trabajar, dejándolo acá, para que lo contengan otros. El hecho de estar angustiada yo creo que me llevó a comer muchísimo, a descargar todo con la comida. Yo a veces llegaba y lo veía a él pidiendo ayuda con la tarea

y no quería, no podía, estaba muy cansada. Entonces me encerraba, comía mucho, lloraba y lloraba por horas. Y así construí esa vida tan sedentaria que la doctora ahora dice que es por eso que tengo la diabetes. Yo no sé si es solo por eso pero seguro que si hubiera tenido una vida más activa los últimos años a lo mejor estaría mejor. (Agustina, Argentina, comunicación personal, 2023)

Ahí está el dilema, con las cosas de la casa. Yo estoy sola. A veces ellas colaboran con la loza, con ordenar, pero usted sabe que la que está pendiente de todo es la mamá. Y a veces una pide ayuda, pero si no quieren, si no lo hacen, no, yo no me quiero matar la cabeza así que prefiero hacer todo yo. Puede que una ponga reglas, pero los chicos son chicos, y a veces cumplen y a veces no, y una como mamá tiene que resolver. (...) Uy sí, es un peso, que cocine, que lave, que haga, y ahí vuelve la rutina. Y yo a veces pienso que no puedo más, que me siento muy estresada, me agarran de nuevo esas fobias, o no sé qué es. (Sara, Colombia, comunicación personal, 2023)

Asimismo, además de la persistencia del estrés, la ansiedad y la irritabilidad que se transforman en sensaciones cotidianas asociadas a las tareas del trabajo de cuidados, se identifican, también, una serie de padecimientos físicos a raíz de actividades concretas como lavar la ropa o cocinar. Algunos ejemplos se presentan a continuación:

Además que me duele, yo tengo muchos dolores de espalda, de cintura, pero todo lo que me quedó del tiempo que trabajaba haciendo aseo y de las trombosis, el cuerpo ya está sentido. Entonces cocinar, lavar y eso, me duele mucho. (Diana, Colombia, comunicación personal, 2023)

Aparte yo sufro de artrosis, entonces al lavar siento mucho dolor en las articulaciones. Cambia la temperatura y una sufre mucho, le duele, mucho. A lo

mejor eso no se ve en el momento, pero sí a largo plazo, eso es mucho dolor, tiene consecuencias. (Sara, Colombia, comunicación personal, 2023)

Tengo reumatismo hace cuatro años. Fui al médico porque me dolían mucho las manos, entonces ahí me dijeron que lo tenía y me dijeron que no podía lavar, porque el frío me hacía más daño, ni tampoco cocinar. Pero bueno, usted sabe que en la casa una siempre tiene que cocinar o lavar, es lo normal que tiene que hacer una, así que lo tengo que saber tratar. (Helen, Colombia, comunicación personal, 2023)

Aquí resulta pertinente recordar que, sobre todo para el caso colombiano, la trayectoria laboral de las mujeres receptoras de las PTC se caracteriza por el desempeño informal, intermitente y precario en labores de cuidado remunerados por fuera del hogar. De esa manera, el trabajo doméstico para estas mujeres tiene una historia en sus procesos de salud y enfermedad y ha generado, a partir de aquellas tareas en otro momento remuneradas y hoy consolidadas al interior de sus hogares mediante las PTC, ciertos padecimientos físicos que persisten y se intensifican en la actualidad.

En ese sentido, se comprende que no es posible adjudicar a las PTC la generación de estos padecimientos y dolores físicos originados en un mercado de trabajo que solo ofrece para estas mujeres empleos domésticos, pero sí resulta acertado comprender que este tipo de políticas públicas, al consolidar la responsabilidad femenina en las tareas domésticas, intensifica las experiencias de dolor y padecimiento físico e impide procesos de recuperación.

3.3. Políticas de transferencia condicionada y calidad de vida

Finalmente, en este apartado se analiza la relación entre las políticas AUH y FeA y la tercera dimensión constitutiva de la cuestión social: la calidad de vida. Como se anticipó, la noción de calidad de vida se abordó desde la categoría de pobreza, particularmente, desde

sus abordajes cualitativos y su caracterización en torno a tres fenómenos: la seguridad alimentaria, el hábitat y el acceso al agua potable.

A la hora de poner en relación estos tres fenómenos con las PTC seleccionadas como casos de estudio, se identificó, inicialmente, una débil vinculación entre estas políticas públicas y las transformaciones en torno al acceso al agua potable. En los testimonios familiares el acceso a este recurso aparece como una continuidad que no ha sido abruptamente modificado por estas políticas, lo que resulta coherente con las estadísticas territoriales de los lugares donde se llevó a cabo el trabajo de campo. Para el caso argentino, el 92.3% de las viviendas tienen acceso al agua al interior de los hogares a nivel nacional y, en Córdoba, ese indicador, incluso, es más alto, alcanzando el 95.8% (INDEC, 2023). En el caso de Colombia, sucede una dinámica similar: a nivel nacional, el 88.9% de las viviendas tiene acceso a acueducto, mientras que en Bogotá la estadística alcanza el 99.6 (DANE, 2023). En ese sentido, se comprende que este fenómeno no haya sido determinante a la hora de analizar las transformaciones adjudicadas a las PTC.

Teniendo esto en cuenta, en los próximos párrafos se concentrará el análisis en torno a las transformaciones ocurridas en las condiciones de vida a partir de dos elementos centrales: la seguridad alimentaria y el hábitat.

3.3.1. Políticas de transferencia condicionada y seguridad alimentaria

En torno a la seguridad alimentaria, el trabajo analítico permitió identificar, como primer elemento en común, que los recursos provenientes de ambas PTC aportan a la compra de ciertos alimentos, pero, de manera compartida, estas no garantizan una alimentación completa y balanceada para toda la familia. El elemento que permite comprender esta insuficiencia se relaciona, directamente, con el monto de las prestaciones. Tal como se señaló en apartados anteriores, la capacidad de protección (Danani y Hintze, 2011) que estas políticas públicas ofrecen a las familias es insuficiente para sostener, de manera permanente, el acceso a bienes plenamente mercantilizados como son los alimentos. Los testimonios a continuación permiten dar cuenta de esta dinámica:

Muy pocas veces lo uso para hacer mercado, unas veces lo usé para ir a comprar granos y verduras, pero me alcanza más o menos para quince días, no alcanza

para más que eso. Pero bueno, esas veces sirve porque tengo el dinero en mano y puedo ir y comprar granos que eso dura bastante y así vas resolviendo. (Angie, Colombia, comunicación personal, 2023)

La asignación da la seguridad de tener comida, pero solo para 15 días. Por ejemplo, yo a veces cobro la asignación y voy al súper. Me alcanza, pero para la mercadería, qué te digo, arroz, fideos, puré de tomate, aceite, las meriendas del cole del gordito. Pero no te alcanza para los productos de higiene, ¿sabés lo feo que es estar sin papel higiénico o toallitas? La higiene personal también es muy importante y eso no se contempla, es muy importante sentirse limpio, cuidado. O los productos para la limpiar la casa, tampoco te alcanza. Entonces sí, la asignación es segura, pero no alcanza. Es una ayuda, nada más que eso. Ayuda a que, en últimas, la comida, por unos días, no te va a faltar, pero no es suficiente para todo el mes. Son 15 días más o menos lo que lo podés hacer estirar. (Agustina, Argentina, comunicación personal, 2023)

A su vez, se identifica que esta insuficiencia del recurso de la PTC para proveer alimentos de manera permanente y completa al hogar se agudiza cuando dentro de las organizaciones familiares se vive una situación de salud-enfermedad particular, por ejemplo, padecimientos crónicos. Cuando un miembro requiere un cuidado particular en torno a la ingesta de alimentos, las posibilidades de que las PTC garanticen la seguridad alimentaria se torna aún más exiguas:

Él tiene que comer comidas especiales, no puede comer harinas, no puede comer grasas, no puede comer azúcar, entonces todo lo que me dan en FeA casi que ni alcanza para comprarle ni el azúcar especial que él necesita. En este momento, a mí me llegan 120 mil cada dos meses y yo solamente lo uso en las verduras y me alcanza para veinte días, no me alcanza para ni el mes... ¿y el otro mes? ¿y el azúcar que él no puede comer, y la estevia? que es cara, muy costosa. Entonces

yo voy dándole media cucharadita de las cosas, si va a comer no sé, pollo, le doy dos veces a la semana, las vitaminas no se las puedo comprar, es muy poco. (Laura, Colombia, comunicación personal, 2023)

Asimismo, se identifica también que, frente a la insuficiencia de los recursos económicos que permitan que cada persona dentro de la organización familiar tenga acceso a la calidad y cantidad de alimentos que requiere, se desarrollan diversas estrategias de reproducción (Gutiérrez, 2007) motivadas por optimizar la calidad, frecuencia y cantidad de la alimentación. La más recurrente de estas se vincula a la suplantación de algunos tipos de alimentos por otros, en una búsqueda de disminuir costos. En el caso colombiano, se extiende la práctica de suplantar la carne por otras fuentes de proteína como huevos y granos, mientras que, en el caso argentino, se tiende a reemplazar la carne por carbohidratos o comidas rápidas y al paso.

Como señalan los testimonios a continuación, en este último caso, la suplantación de alimentos se caracteriza con mayor intensidad a una exposición creciente a dietas no saludables, lo que Kovalskys et al (2020) asociaban a una mayor presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como también a desnutrición y malnutrición infantil.

Me dijeron que tenía que cambiar y replantear la comida, bajar el sobrepeso que tuve toda la vida, todos en mi casa tenemos sobrepeso, todos, nosotros comemos muy mal (...) Nosotros durante el día picamos algo, comemos pan, y a la noche llegamos muertos de hambre, nos comemos todo. Y no nos movemos nunca. Por más que yo trabaje durante todo el día, me tengo que mover en moto o en colectivo o no llego, no puedo caminar, es una vida muy sedentaria. Entonces me dicen “tenés que implementar la caminata, comer mejor, más saludable, organizarte mejor, cocinar a la noche para tener par el otro día o desocuparte antes para hacerte de comer más sano”, pero la verdad no se puede siempre, yo intento comer más verduras y eso, pero realmente no puedo, no almuerzo, me como un criollo, un pebete. (Agustina, argentina, comunicación personal, 2023)

En mi casa al mediodía no se come. Eso porque estoy sola, es justo el horario en que dejo a mi hijo y retiro a mi sobrina. Yo me encargo de eso porque los otros están trabajando, y como los chicos comen en la escuela, yo no como. Me tomo unos mates y con eso ya estoy. A la noche sí hacemos una comida fuerte, tratamos de hacer algo que nos llene, un guiso de arroz, un pollo al horno, fideos, pasta, pizza, estofados, algo así contundente, como es una sola comida al día y comemos todos. (...) Carne no se puede comer todos los días, así que comemos a veces día de por medio, a veces dos veces a la semana, depende el mes, qué esté de oferta y eso. Y si no hay carne, más papa, arroz, fideos. (Camila, argentina, comunicación personal, 2023)

Una segunda estrategia, puntualmente en el caso argentino, refiere al apoyo por parte de redes vecinales, de la familia extensa u organizaciones comunitarias o estatales. Tal como presentaba Pautassi (2009), la presencia del tercer sector se constituye, en este caso, en un recurso fundamental que permite acceder a alimentos en situaciones de agudización de la pobreza, por ejemplo, durante los meses de reclusión a raíz de la pandemia por COVID-19. El tercer sector aparece ya sea resolviendo el acceso a alimentos de manera directa o mediante prácticas de organización de las compras y reparto de los alimentos que permiten a las familias distribuir los bienes disponibles.

Eso me duró un par de meses, porque después se vino la pandemia (...) en ese año nuestro único ingreso fue la asignación y el préstamo que pude sacar de ahí. Entonces en esa época era comprar con mi hermana, de a cajones o bolsas de papa, o bultos cerrados de fideos o arroz. Entonces juntaba la plata de la asignación y para eso me alcanzaba, ponele, para decir bueno, durante 15 días tengo asegurada la comida. Después me ayudaban con los bolsones también, en el colegio nos daban los módulos de comida y la leche, cuando íbamos a hacer los controles de la asignación, nos daban la leche en el centro de salud. (Gladys, argentina, comunicación personal, 2023)

En el caso colombiano, a diferencia, la alimentación se resuelve, mayoritariamente, hacia el interior del hogar y entre los miembros que conforman la familia nuclear tradicional. Nuevamente, cabe aquí señalar que esto resulta coherente con la propuesta de Martínez Franzoni (2007) de caracterizar a Colombia como uno de los países con regímenes familiaristas en la región latinoamericana.

Como última estrategia, se identifica que, en situaciones de escasez aguda de alimentos, las familias recurren a prácticas de mendicidad. Esta es una práctica que, por un lado, se reconoce en ambos países y que, por el otro, se evita y aparece, siempre, como última alternativa. Incluso, como elemento en común entre ambos países, se identifica que lo que motiva a las adultas del hogar a recurrir a la mendicidad es, exclusivamente, la falta de alimentos para los/as hijos/as pequeños/as, mientras que, si el alimento alcanza, con lo mínimo, para ellos/as, se desarrollan otras prácticas de distribución prioritaria al interior del hogar para evitar pedir alimentos en mercados o en la vía pública.

Ellos son varios hijos y hay que responder por todos. Muchas veces me tocaba ir a las plazas a pedir comida, o a recoger lo que quedaba de los mercados, a Corabastos por ejemplo donde uno ve que tiran lo que no se vende, yo iba y recogía de ahí para poder darle los alimentos a mis hijos, me tocaba solventarme como fuera. (Diana, Colombia, comunicación personal, 2023)

A veces tenía esa sensación de desesperación, porque cuando trabajaba en el carro a veces no tenía para darles de comer. Y eso cuando son muy chiquitos es muy difícil, te dicen que tenés que darles tal y tal cosa y a veces no te alcanza, te agarra una desesperación y un enojo muy grande. Por ahí salías, hacías changas y no tenías nada, no conseguías nada. Ahí salía, pedía en las carnicerías, en las verdulerías y algo me daban, lo resolvía. (Ayelén, argentina, comunicación personal, 2023)

De esa manera, hasta el momento se señaló que las PTC, si bien aportan recursos que amplían el acceso a alimentos, no garantizan la seguridad alimentaria al interior de las familias receptoras y que, en ese escenario, estas desarrollan una serie de estrategias a

los fines de fortalecer la cantidad y calidad de alimentos disponibles. Partiendo de este análisis, se comprende también, que, en ese marco de inestabilidad, son las mujeres adultas las que más sufren la inseguridad alimentaria y que en esta dinámica tiene un lugar importante el enfoque condicionado de las políticas de estudio que consolidan la división sexual del trabajo y la prioridad sobre las infancias a la hora de distribuir los recursos de alimentación.

Se reconoce que, frente a la necesidad de optimizar el uso y consumo de alimentos, las mujeres adultas del hogar que, como se señaló, son las encargadas principales de organizar, administrar y preparar los alimentos, toman decisiones motivadas por dos argumentos: en primer lugar, son los/as niños/as quienes necesitan mayor cantidad y calidad de alimentos porque están en proceso de crecimiento y desarrollo y porque ellas son las responsables de mantener niveles de nutrición adecuados que deben ser demostrados en cada control sanitario. Esto resulta coherente con el análisis de Pautassi (2016), quien reconoce que la condicionalidad en este dispositivo de intervención habilita que las madres receptoras de los recursos sean “reprendidas” por agentes intermediarios de las políticas públicas en casos de déficit nutricionales, en tanto debieran ser ellas, con los recursos transferidos por el Estado, quienes procuren una ingesta de alimentos suficiente y saludable.

En segundo lugar, se argumenta que, frente a la necesidad ineludible de contar con otros ingresos económicos, se prioriza la ingesta de alimentos de aquellos que lo garantizan, mayoritariamente, por fuera del hogar: los varones adultos. En ese sentido, las mujeres permanecen últimas en el orden de prioridades a la hora de distribuir los recursos de alimentación, lo que resulta coherente con los aportes de Cena y Dettano (2020), en torno a las emociones de abnegación y postergación que las PTC consolidan en las experiencias vitales de las mujeres titulares. En ambos países, esto se traduce en la disminución del número de comidas que ellas realizan, con diferencias en la comida priorizada: para el caso colombiano, las mujeres adultas eligen priorizar el almuerzo mientras que, en el caso de las argentinas, la cena. El resto de las comidas, usualmente, se suplantán por alimentos con menos calidad nutricional, como infusiones, aguapanela, mates y panes.

Bueno, nosotros la verdad hacemos menos comidas: a los niños sí les damos lo que es el desayuno, las medias onces, se les da lo que es una avenita, con

galleticas o algo así, un juguito de guayaba, también el almuerzo y a la tarde las medias nueves y a las seis siete, siempre se les da su cena. Pero nosotros, los grandes, todas esas comidas no es todos los días, eso sí que no. Mi esposo sí hace tres comidas, porque él sale a trabajar y necesita más energía. Y yo, cuando se puede, desayuno y almuerzo, o aguapanela y almuerzo. (Mariana, Colombia, comunicación personal, 2023)

Pero yo, por ejemplo, no desayuno, yo me tomo un vaso de gaseosa y con eso zafo toda la mañana. Al mediodía él tiene la comida hecha, que se la dejo hecha yo la noche anterior, comen muchas verduras, mucha ensalada. Y yo al mediodía no como, nunca almuerzo tampoco, como cualquier cosa. Lo que yo hago es llevar la cena, pero comprado, tiempo para cocinar no, entonces llevo empanadas, pizzas, lomititos, algo así, fiambres. Yo la verdad es que como muy mal, pero entre ellos se ponen de acuerdo y comen mucho mejor. La prioridad son ellos dos, que ellos tengan la comida que es más sana para ellos. La comida sana sale fortunas, entonces yo me adapto, como lo que puedo. Si todos comemos, no sé, pescado, no alcanza, es imposible. (Clara, argentina, comunicación personal, 2023)

Teniendo estos elementos en cuenta se comprende, entonces, que en los casos de estudio opera el fenómeno denominado por Vizcarra (2008) como feminización del hambre. Esto en tanto, en escenarios de inseguridad alimentaria, esta se expresa con mayor agudeza en las mujeres adultas, que quedan ubicadas en una posición de postergación en las dinámicas de repartición de alimentos, sobre todo, cuando estos son escasos. Asimismo, se reconoce que, a través de la figura de la condicionalidad y la consolidación de la división sexual del trabajo que esta conlleva, las PTC operan como un dispositivo que fortalece la práctica permanente de posponer la atención de las propias necesidades (Cena y Dettano, 2020) lo que se traduce en una desventaja sistemática de las mujeres en la distribución familiar de los alimentos y que, por lo tanto, agudiza sus padecimientos de nutrición inadecuada e insuficiente.

En síntesis, se comprende que los programas AUH y FeA no constituyen políticas públicas que garanticen la seguridad alimentaria en tanto su *adecuabilidad*, ya que no habilitan la ingesta de tipos y cantidad de alimentos necesarios para llevar una vida saludable, su *accesibilidad*, en tanto los recursos provenientes de las PTC aportan en la compra de alimentos suficientes sólo para períodos de tiempo acotados, su sostenibilidad, en tanto la falta de alimentos genera padecimientos vinculados al hambre, y en cuanto a su *aceptabilidad cultural*, en tanto las familias experimentan insatisfacción con el tipo, frecuencia e intensidad de su alimentación (FAO, 2020). Asimismo, que los procesos de priorización y distribución de los alimentos recaen en fortalecer el lugar secundario que ocupan las mujeres en la resolución de las necesidades alimentarias y la feminización del hambre, lo que, de acuerdo con Vizcarra (2008) afecta, directamente, las posibilidades de crecimiento y salud de las generaciones venideras, expresándose en mayores riesgos de padecer sobrepeso, obesidad y/o malnutrición.

3.3.1. Políticas de transferencia condicionada y hábitat

La última dimensión para analizar constituye la relación entre las PTC y las condiciones del hábitat donde sus receptores/as reproducen su vida cotidiana. En ese marco, se presentan dos ideas centrales: por un lado, como elemento común entre las familias titulares de las PTC en ambos países se reconoce un hábitat que se percibe como inadecuado y que, en ocasiones, se identifica como una condición que, de manera directa, genera padecimientos de salud. Por otro, se reconoce que entre ambas políticas públicas existen diferencias sustanciales en cuanto a las posibilidades de mejora habitacional que estas ofrecen a sus titulares.

En cuanto al primer elemento, se comprende que, de manera transversal, las familias receptoras de las PTC perciben que las condiciones habitacionales en las que viven no son adecuadas para reproducir su vida de manera satisfactoria y saludable. De manera más extendida, tanto en el caso argentino como en el colombiano, esa insatisfacción con la vivienda se vincula con la disponibilidad de espacios amplios y suficientes de acuerdo con el número de habitantes. Las familias refieren compartir habitaciones entre varias personas, lo que se complejiza aún más cuando estas se habitan por generaciones diferentes dentro del hogar, como hijos/as con sus padres y/o abuelos/as.

Frente a estas situaciones, las estrategias que las familias implementan se vinculan a la transformación del uso de los espacios. De esa manera, algunas viviendas se organizan sin espacios diferenciados, por ejemplo, para cocinar y/o comer, a los fines de poder distribuir la vivienda entre sus miembros.

Además de la insatisfacción respecto a la disponibilidad del espacio, se reconocen, en menor medida, obstáculos en cuanto a las condiciones mismas de la construcción, por ejemplo, con construcciones y paredes con demasiada humedad y/o polvo y, en el menor de los casos, incomodidades por no contar con un baño propio con descarga de agua y desechos.

Esto resulta coherente con los aportes de Bonfiglio y Vera (2018) y Ceballos (2018) quienes estimaban que el fenómeno del hacinamiento y los déficits habitacionales se constituía en uno de los procesos más críticos de resolución de necesidades en contextos de pobreza, sobre todo, en escenarios urbanos como los son los territorios donde se llevó a cabo este estudio. A continuación, se presentan algunos fragmentos que permiten ilustrar este análisis:

Siempre vivimos en esa casa, que es de mis papás. Tenemos una sola habitación, que está dividida al medio, de un lado cocinamos y del otro lado dormimos. Tengo un baño, ahora estamos edificando, pero la verdad se nos trabó. No tenemos agua caliente, tenemos que calentar... Empezamos a construir otra pieza el año pasado, pero ahora se estancó porque no nos alcanza más la plata, nos falta el techo. (Carla, Argentina, comunicación personal, 2023).

Nosotros vivimos en una casa familiar que es de esterillas, allí vivimos cinco familias. Yo tengo dos habitaciones, donde duermen en una mis hijos y en otra yo con el niño. Tenemos un baño compartido con las otras familias, que está un poquito más abajo para que todos puedan ir. (Helen, Colombia, comunicación personal, 2023).

Ahora bien, las condiciones habitacionales inadecuadas no sólo son percibidas como incomodidades, sino que, al interior de estas familias, la imposibilidad de optimizar las viviendas constituye un factor que genera, de manera permanente, experiencias de malestar emocional. Tal como se señala en los testimonios a continuación, la falta de salubridad habitacional de las viviendas se configura como un factor de afección en los procesos de salud mental, lo que resulta coherente, también con los aportes de Ceballos (2018), quien relacionaba, de manera directa, el fenómeno del hacinamiento con la generación de sentimientos depresivos y de riesgos vinculados a la falta de privacidad.

Nosotros dormimos juntos con mi hijo, que eso es un problema. Yo quisiera tener un espacio, propio, para mí. Me agota no tener una habitación para mí, no poder cambiarme tranquila, o que él se pueda cambiar tranquilo. La privacidad también es importante, por más que él sea chiquito. Yo quisiera enseñarle que su cuerpo es privado, que nadie lo puede mirar ni tocar, que aprenda a cuidarse. Pero ¿cómo le enseño eso si no podemos ni siquiera cambiarnos con privacidad en la pieza? Yo creo que no tenemos problemas de humedad o eso, pero sí tenemos problemas de privacidad. (Agustina, argentina, comunicación personal, 2023)

En la casa vivimos todos en un monoambiente y sí, yo me siento demasiado incómoda con la manera en la que vivimos. Yo creo que con mi marido no podemos hacer vida de pareja, hace mucho, para nosotros eso no se puede. Si tenemos un solo ambiente para todos, no hay lugar para la privacidad. Y eso te angustia, te enoja, todo el tiempo te preguntás: ¿por qué yo no puedo? Y alquilar es carísimo, nunca pude. Me toca acomodarme acá en la piecita que tengo que está en el terreno de mis papás. Ahí al menos tenemos el baño, que está instalado, y la piecita. (Eugenia, argentina, comunicación personal, 2023)

Como segundo elemento de análisis, se comprende que, a pesar de que las condiciones habitacionales iniciales resultan similares, la intervención de las políticas públicas y las posibilidades de mejora habitacional que estas ofrecen presentan diferencias

sustanciales. En el caso argentino, se reconoce que, en el marco de la AUH, las familias hacen uso de ofertas de crédito estatales que, periódicamente, se ofrecen para sus beneficiarios/as con el objetivo de optimizar las condiciones habitacionales. Estos créditos toman diferentes formas de acuerdo con el año, algunos constituyen directamente un desembolso de dinero que la familia puede utilizar como desee y otros constituyen préstamos en especies, que habilita la compra en ferreterías o comercios especializados en construcción. Cualquiera sea la opción, estas resultan estrategias complementarias a la AUH y se caracterizan por condiciones financieras considerablemente más accesibles que las de un banco, ya sea en torno a las tasas de interés fijas y bajas o en los plazos de devolución del dinero. Los testimonios a continuación permiten consolidar esta idea:

Lo que hice cuando él era muy chiquito fue pedir ese préstamo de la AUH para mejorar la casa, ese que te daban para comprar materiales. Lo pagué durante muchos años, te lo descontaban todos los meses. Y mi marido revocó, nos ahorramos la mano de obra y le pudimos terminar las paredes. (Eugenia, Argentina, comunicación personal, 2023)

Una de las piezas la pude hacer con el plan que me dieron para mejorar la casa, con la AUH. Eso también fue una ayuda, porque después te la van descontando. Entonces pudimos hacer la pieza de las chicas. Ellos siempre tuvieron su cama, así sea una cama en la misma pieza, pero ahora les pudimos hacer una pieza separada y eso sirve mucho. (Ayelén, Argentina, comunicación personal, 2023)

A diferencia, el programa FeA no contempla alternativas, ya sea como parte del programa o como prestaciones complementarias, que reconozcan la necesidad de transformaciones habitacionales. Por el contrario, como se señaló previamente, en el programa opera una construcción de sentidos que coloca a la cuestión habitacional en el plano de los problemas familiares mas no de las infancias, por lo que, en los discursos de las titulares persiste la idea de que mejorar la casa no tiene relación con las condiciones de salud de los/as niños/as y que, en consecuencia, los recursos provenientes de la PTC no pueden utilizarse para ello.

De esa manera, las familias que requieren, de manera ineludible, una transformación o mejora habitacional, deben recurrir a préstamos con entidades financieras o con mecanismos informales de crédito. La diferencia clave, entonces, se identifica en que, en el caso de las familias receptoras del FeA, mejorar la vivienda decanta en procesos de endeudamiento con costos considerablemente superiores en su vida cotidiana:

No, el FeA no alcanzaba para eso, era muy poco. Lo que hicimos fue tener que pedir un préstamo, pero ahora los chicos tienen que trabajar para cubrir ese préstamo. Porque nos cobran un interés del 40%, nos están sacando la vida. Pudimos salir de la otra casa, pero la casa es de tierra, no tenemos los pisos, el techo no está listo, es un tema con los vientos, que corren tan fuertes, a veces nos lo levantan. De a poco iremos haciendo, cuando nos liberemos de esa deuda del préstamo, tendremos que sacar otro y así. Pero nos adecuamos a lo que tenemos, es lo que hay. (Diana, Colombia, comunicación personal, 2023)

En los últimos años lo que hicimos fue ponerle cemento a la habitación de los niños, para comprar eso yo lo que hice fue guardar un dinero de un trabajo que tenía cuidando a un abuelito y el resto me lo dieron en un préstamo, esos cuentagotas como le dicen. Pero no, el FeA no sirvió para eso, eso era para la niña, para sus zapatos y sus útiles de la escuela. (Isabel, Colombia, comunicación personal, 2023)

Teniendo en cuenta los elementos presentados, entonces, se comprende que, en ambos casos, la cuestión habitacional se configura como una necesidad compartida por los hogares que no sólo dificulta la reproducción cotidiana, sino que también, desencadena procesos de malestar emocional. Asimismo, se identifica que, para el caso argentino, la AUH ofrece, de manera periódica, dispositivos que facilitan el acceso a créditos en condiciones superadoras frente a las que ofrece el mercado financiero, mientras que, en el caso colombiano, las posibilidades de mejora se ajustan a la oferta crediticia del sector privado, formal o informal.

De esa manera, la figura del crédito continúa señalando que, para el dispositivo de las PTC, las condiciones habitacionales en las que viva una familia dependen, pura y exclusivamente, de su resolución al interior de las organizaciones domésticas, de sus esfuerzos individuales y particulares y su capacidad para asumir un compromiso crediticio. En el mejor de los casos, el Estado aparece como facilitador de ese compromiso, pero, en ninguno de ellos, las PTC ofrecen de manera completa y permanente mecanismos de mejoras habitacionales que garanticen privacidad, comodidad y espacios seguros y, en consecuencia, mayores niveles de salud y bienestar.

Conclusiones

El documento precedente se construyó con la orientación de un interrogante central: comprender aquellas transformaciones ocurridas en el campo de la salud pública a partir de las intervenciones en las dimensiones constitutivas de la cuestión social de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG). A partir de este interrogante se llevó a cabo un ejercicio investigativo que, finalmente, permite elaborar y presentar una serie de conclusiones. Estas se desarrollarán en los próximos párrafos de la siguiente forma: inicialmente, se ofrecerán algunas reflexiones en torno al proceso metodológico. Luego, se presentarán las conclusiones derivadas como hallazgos del ejercicio investigativo que permiten, finalmente, ofrecer reflexiones teóricas e interrogantes emergentes que surgen de la experiencia.

En primer lugar, el ejercicio investigativo permite construir una serie de conclusiones y reflexiones finales en términos metodológicos. En ese plano, se inicia reconociendo que el desafío de asumir un proceso comparado derivó en esfuerzos considerables de tiempo y recursos para el trabajo de campo, al tiempo que exigió cierta flexibilidad en el diseño y uso de instrumentos que guiaran el proceso de recolección de datos. En esta investigación los sujetos que se consolidaron como informantes claves fueron familias que habitan territorios diferentes y practican usos, costumbres y hasta formas de lenguaje diferenciadas. En ese sentido, el esfuerzo para hacer posible el ejercicio debió contemplar plazos no estipulados en el diseño inicial que permitieran poner a prueba los instrumentos utilizados, modificarlos y ajustarlos de acuerdo con los usos, costumbres y lenguajes locales y, consecuentemente, acercarse a datos que fueran inteligibles y potencialmente comparables.

Asimismo, el diseño metodológico de esta investigación permitió acercarse a los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado a través de la percepción, reconocimiento y narración que las familias involucradas hacían sobre estos. Es decir, el alcance de esta investigación se circunscribió a aquellos episodios y procesos sanitarios que fueron lo suficientemente trascendentales en la vida familiar como para ser reconocidos, recuperados y nombrados en los relatos, lo que probablemente deja por fuera otros episodios de menor tenor o que no son representados con relevancia por parte de los informantes claves dentro de la investigación. Sin que esto signifique un menor valor en el dato analizado, sí se concluye que, a los fines de consolidar el estudio de la relación entre la salud pública y las políticas asistenciales como intervenciones sobre la cuestión social, resultaría estratégico

ampliar el panorama investigativo y complementar este tipo de experiencias con otras de alcances y tipologías diferenciadas: ya sea incorporando análisis cuantitativos y epidemiológicos, ya sea ampliando los sujetos informantes claves.

En segundo lugar, en términos de hallazgos investigativos, este ejercicio permitió caracterizar, primero, la relación teórica entre el campo de la salud pública y la cuestión social, a partir de sus dimensiones constitutivas: la desigualdad, el trabajo y la protección social y la calidad de vida. De esa manera, la primera idea concluyente de la investigación refiere a la existencia de una vinculación contundente entre la salud pública y la desigualdad, vinculación que limita, complejiza y enferma las vidas humanas. Esta relación tiene diversas expresiones, ya sea en las desiguales condiciones de salud/enfermedad, en los niveles de riesgo para cada grupo poblacional o en el acceso diferenciado a recursos sanitarios. Asimismo, se concluye que, a nivel global y regional, esa relación se refleja diversos indicadores que permiten caracterizar su magnitud y relevancia: índices de esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, presencia de enfermedades infecciosas y padecimientos crónicos o no transmisibles, brechas en los niveles de afiliación y prestaciones en salud, entre otros.

En cuanto al trabajo y la protección social, se concluye que las transformaciones estructurales que el mundo del trabajo ha protagonizado en las últimas décadas constituye un factor central que incide de manera determinante en el campo de la salud pública. Los procesos de flexibilización, informalidad y precarización del empleo consolidan al trabajo como un factor generador de experiencias específicas de padecimiento y enfermedad, al tiempo que la reducción y erosión de los mecanismos de protección social colocan a grandes sectores de la población en situaciones de inseguridad social e incertidumbre permanente frente a la reproducción de la vida. Estas relaciones se expresan, también, en indicadores claves a nivel regional: índices de accidentalidad laboral, lesiones por esfuerzo repetitivo, padecimientos cardiovasculares y gastrointestinales e indicadores de salud mental como tasas de depresión, ansiedad, estrés, entre otros.

En el plano del trabajo reproductivo, se concluye que, particularmente en América Latina, la carga de las tareas domésticas y el trabajo de cuidados se encuentra desigualmente distribuida y se asienta sobre la división sexual del trabajo, patrón que se mantiene inalterado a pesar de la incorporación progresiva y creciente de las mujeres al mundo del trabajo. Este fenómeno decanta, consecuentemente, en padecimientos

específicos de salud asociados al trabajo productivo, tales como enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema osteomuscular, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, accidentes cerebro vasculares) y agudización de padecimientos de salud mental, como depresión, estrés, ansiedad, burn out.

En tercer lugar, se concluye que la dimensión de calidad de vida, a través del fenómeno de la pobreza, ofrece tres elementos claves para comprender su relación con el campo de la salud pública: el acceso al agua potable, la seguridad alimentaria y las condiciones habitacionales. A partir de estos elementos, se identificaron, también, indicadores centrales que permiten dar cuenta de esta relación a nivel global y, especialmente, latinoamericano: niveles de desnutrición, malnutrición y obesidad, enfermedades infecciosas, padecimientos respiratorios crónicos y agudos y, nuevamente, experiencias insalubres respecto a la salud mental y emocional, sobre todo, en el plano de la depresión.

Una vez asumida la relación clara y contundente entre la cuestión social y el campo de la salud pública, se procedió a dar cuenta de uno de los dispositivos de intervención sobre la cuestión social centrales en América Latina: el modelo de Políticas de Transferencias Condicionadas. El trabajo analítico permitió inscribir a las políticas públicas objeto de estudio de esta tesis, los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG), en esta tendencia regional sumamente consolidada desde los años 90. En consecuencia, se concluyó que los programas tienen una serie de elementos en común como el tipo de prestaciones, la configuración de las titularidades y las condicionalidades entre ambas políticas sociales; mientras que, también se reconocieron puntos disímiles como los criterios de focalización y su posición dentro del entramado institucional nacional.

Asimismo, se reconoció que los fundamentos teóricos y políticos centrales de estos dispositivos son congruentes con la instalación del neoliberalismo en América Latina como modelo político, social y económico y con el consecuente paradigma neosistencial del manejo social del riesgo, que consolida una política social mínima, que prioriza la austeridad fiscal, la flexibilización laboral y la inversión condicionada en capital humano. Con estos elementos en mente, se procedió, por último, a analizar cómo estos dispositivos, a través

de la intervención sobre la cuestión social, transformaban los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado.

En ese sentido, en torno a la primera dimensión, se concluyó, inicialmente, que las PTC estudiadas no constituyen elementos de transformación estructural de las desigualdades, ya sea a nivel vital, existencial o de renta. En cuanto a las desigualdades vitales, por el contrario, se identificaron una serie de afecciones en la primera infancia vinculadas a la privación de alimentos adecuados o a condiciones habitacionales insalubres que desencadenan padecimientos que acompañan, de manera permanente, el desarrollo de las infancias. De esa manera, se concluye que, a pesar de las transferencias condicionadas y de la obligatoriedad que ambas políticas contemplan respecto a la atención sanitaria en la primera infancia, los mecanismos de la desigualdad en torno a la afección a la salud operan de manera continua, afectando el crecimiento de las infancias y sus posibilidades de desarrollo pleno. Esta afección se relaciona de manera directa con dos características de las PTC: los montos escuetos y decrecientes en términos de valor real de las prestaciones y los discursos que acompañan su ejecución y que facilitan la construcción de sentidos en torno los destinos legítimos del recurso.

En cuanto a la transformación de desigualdades existenciales, se reconoció que las PTC estudiadas presentan un escaso y contradictorio margen de acción. Si bien en el plano educativo se reconoció a estas políticas como un recurso central para el sostenimiento de la escolarización, la desprotección a la que se enfrentan las juventudes una vez terminado el ciclo escolar obligatorio, la informalidad y precariedad del mercado de trabajo y la inaccesibilidad, sobre todo, en el caso colombiano, de la educación superior, limitan las posibilidades de realización personal y de construcción de proyectos de vida autónomos, es decir, las posibilidades reales de disminución de desigualdades existenciales. En este plano emergen, también, interrogantes que pueden ser abordados en otros ejercicios de indagación, entre ellos, cómo se configura la articulación entre políticas sectoriales, sobre todo, entre políticas de asistencia en las infancias y políticas de educación superior y de empleo.

Asimismo, en torno a la autonomía de las mujeres, se reconoció que estas políticas ofrecen ciertas posibilidades crecientes alrededor de la toma de decisiones y la participación en la distribución de poder al interior del hogar, sobre todo, si se contempla en el análisis las relaciones de pareja. Sin embargo, lo hacen consolidando el rol materno y la

responsabilidad, exclusiva, de las mujeres frente a las tareas de cuidado. En este orden de ideas, ciertas características de las PTC resultan claves frente a las posibilidades reales de crecimiento en autonomía y dignidad humana para las mujeres: su periodicidad, sistematicidad y claridad en las transferencias de dinero. Estos elementos permiten comprender, consecuentemente, que políticas con tendencia a la previsionalización como la AUH amplíen considerablemente más la autonomía femenina en la toma de decisiones que otras, como el FeA, que se configuran como prestaciones esporádicas y poco previsibles. Aun reconociendo estas diferencias, cabe destacar que esos márgenes, mínimos, se vinculan, de manera general, a la autonomía en el consumo y, de manera particular, al consumo de bienes vinculados para el cuidado. De esa forma, es posible concluir que las PTC no reducen ni transforman las desigualdades de origen patriarcal que operan al interior de las familias. Asimismo, se torna claro que, para la transformación de las desigualdades existenciales resulta clave la configuración y caracterización de otras políticas sociales, como las de educación y atención sanitaria, que pueden operar como mecanismos de consolidación y/o modificación de las posiciones sociales.

En cuanto a las desigualdades de renta, se concluyó que las PTC no inciden de manera directa sobre las dinámicas en las que esta afecta los procesos de salud pública. Esto en tanto la estructura de posiciones socioeconómicas se mantiene inalterada, lo que provoca experiencias permanentes de angustia, de preocupaciones cotidianas y malestares emocionales que, en ocasiones, se configuran como escenario cotidiano entre las familias y, en otras, a largo plazo, se traducen en padecimientos de salud mental y afecciones físicas que reducen las posibilidades de una vida saludable. En contraposición a una transformación de las posiciones materiales desiguales, la disponibilidad de estos recursos habilita ciertas prácticas de consumo de carácter ocasional que, principalmente, son motivadas por la comparación material constante con otros grupos y sectores sociales. Asimismo, queda pendiente, en este plano, la posibilidad de diferenciar de manera precisa entre experiencias cotidianas de malestar emocional y padecimientos agudos de salud mental. Este se configura como un interrogante emergente que, seguramente, deba ser abordado mediante otros alcances y diseños investigativos como se explicitó al inicio del apartado.

En cuanto a la dimensión del trabajo y la protección social, se reconoció que, como escenario común, la informalidad laboral permea, de manera transversal e intergeneracional a las familias titulares de las PTC. Con ese punto de partida, ciertas

diferencias en el diseño de las políticas públicas y sus requisitos de permanencia constituyen, de manera diferenciada, la tensión entre el trabajo y la protección asistencial, configurándolos como fenómenos mutuamente excluyentes o suavizando esa oposición fundacional del campo asistencial.

Asimismo, en relación con la potencialidad de las PTC como recursos de protección social frente a la permanente inseguridad e incertidumbre que ocasiona el mercado de trabajo contemporáneo, las claves analíticas radican en dos elementos precisos: su sistematicidad y los montos de las prestaciones. Inicialmente, se concluye que políticas sociales consolidadas dentro de los regímenes de protección social como la AUH, caracterizadas por su sostenibilidad y previsibilidad, tienen la capacidad, potencial, de poner en discusión el principio contributivo que establece al trabajo asalariado como el único medio legítimo para acceder a la protección y la seguridad social. Sin embargo, frente a la mercantilización plena de recursos centrales para la reproducción de la vida como el alimento, la vivienda, entre otros, esta potencialidad se ve trunca debido a la insuficiencia de los montos transferidos.

De esa manera, en tanto las PTC no logran proteger de manera suficiente a la población, la sensación de inseguridad permanente permanece latente y en las organizaciones familiares se vuelven cotidianas emociones como la insatisfacción personal, el cansancio crónico, la preocupación diaria frente a la posible irresolución de necesidades básicas y la ansiedad por el miedo al futuro, a mediano y largo plazo. En consecuencia, los mecanismos de protección contemplados en las PTC permanecen insuficientes para reducir los niveles de vulnerabilidad y sufrimiento humano asociados a la incertidumbre y precariedad que origina el mundo del trabajo contemporáneo.

En cuanto al trabajo reproductivo, se concluye que el diseño de las PTC opera consolidando la división sexual del trabajo y la feminización en la organización social del cuidado. En este plano, la condicionalidad juega un papel clave: al atar la prestación a tareas de cuidado, se fortalecen procesos de construcción de sentidos y consolidación de mandatos de género que profundizan aún más las brechas entre hombres y mujeres. Este dispositivo opera desdibujando la idea de responsabilidad parental compartida sobre el cuidado de las infancias y asociando educación y salud como una exigencia válida para las mujeres madres. En esta dimensión emerge, también, un interrogante pendiente: qué lugar ocupa en la consolidación de la división sexual del trabajo la intervención de agentes

intermedios ejecutores de las PTC, sus propias percepciones en torno a la maternidad, a la salud y al merecimiento de la asistencia social.

Asimismo, al consolidar la responsabilidad femenina en la ejecución de labores domésticos, las PTC agudizan, también, ciertos padecimientos y dolores físicos que muchas de estas mujeres traen de trayectorias laborales en el empleo doméstico, lo que intensifica las experiencias de dolor y padecimiento físico e impide procesos de recuperación.

Por último, en relación con la calidad de vida, se concluye, por un lado, que, si bien las PTC aportan recursos que amplían el acceso a alimentos, no garantizan la seguridad alimentaria al interior de las familias receptoras y que, en ese escenario, estas desarrollan diversas estrategias a los fines de fortalecer la cantidad y calidad de alimentos disponibles. En ese marco de inestabilidad, son las mujeres adultas las que más sufren la inseguridad alimentaria, tanto en torno a la cantidad como a la calidad en la ingesta de alimentos. El enfoque condicionado de las políticas de estudio fortalece los procesos de feminización del hambre, al consolidar la división sexual del trabajo y la prioridad sobre las infancias a la hora de distribuir recursos de alimentación escasos.

Por el otro, se concluye que la insalubridad habitacional se configura como una condición que, en términos emocionales y/o físicos, genera afecciones en la salud de las familias incorporadas a las PTC. Asimismo, en el marco de estas políticas públicas, se reproduce la idea de que las condiciones habitacionales dependen, pura y exclusivamente, de su resolución al interior de las organizaciones domésticas, de sus esfuerzos individuales y particulares y su capacidad para asumir un compromiso crediticio. En el mejor de los casos, el Estado aparece como facilitador de ese compromiso, pero, en ninguno de ellos, las PTC ofrecen de manera completa y permanente mecanismos de mejoras habitacionales que garanticen privacidad, comodidad y espacios seguros y, en consecuencia, mayores niveles de salud y bienestar.

A raíz de estos hallazgos investigativos, se logran esbozar ciertas conclusiones de orden teórico y conceptual. En primer lugar, la experiencia investigativa permite aportar elementos sólidos a los fines de redefinir la relación entre la categoría de cuestión social y la de salud pública. El documento se inició presentando la noción de cuestión social como aquella contradicción inherente e irresoluble del capitalismo moderno que se expresa en ciertos problemas sociales constituyentes de nuestra contemporaneidad: la desigualdad, el

trabajo y la calidad de vida. Llegados a este punto, es posible aportar a la sustentación de que esta contradicción permanente también tiene expresiones en las formas específicas en las que, colectivamente, enfermamos, sanamos, cuidamos y morimos.

De esa manera, se consolidan dos aproximaciones teóricas centrales: por un lado, el estudio aporta fundamentos en torno a la pertinencia de incorporar el componente sanitario en las discusiones en curso que buscan ampliar la comprensión de la cuestión social y sus transformaciones a lo largo de la historia y los territorios. Comprender la cuestión social implica, también, dilucidar cómo las dinámicas contradictorias del capitalismo se traducen en padecimientos específicos, en asignaciones y distribuciones de la atención y el cuidado, en las posibilidades reales de sostenimiento y reproducción de la vida y las limitaciones propias de cada época y territorio para construir vidas saludables.

Por el otro, se aporta a las tradiciones de pensamiento que, en la región latinoamericana, reconocen a los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado como procesos sociales. De esa manera, la investigación permite consolidar a las expresiones de la cuestión social como elementos centrales para el estudio y comprensión de la producción y distribución de los fenómenos sanitarios que constituyen el campo de la salud pública.

Por su parte, en torno al modelo de políticas de transferencia condicionada como dispositivo de intervención sobre la cuestión social en la región latinoamericana se derivan, también, una serie de conclusiones y aportes de orden teórico. Inicialmente, se concluye que este dispositivo no resulta superador en términos de salud pública, en tanto estas políticas no logran transformar, de manera estructural, las formas en las que la desigualdad, el trabajo y la protección social y la calidad de vida afectan los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado de la población. En ese sentido, el aporte específico que este estudio contribuye al campo de la asistencia social en la región latinoamericana refiere a la consolidación, a través de la mirada y el enfoque sanitario, de ciertas ideas que se han construido en los abordajes contemporáneos de las políticas de transferencia condicionada: sus limitaciones en materia de redistribución real de la riqueza, su carga central en materia de género y de fortalecimiento de la división sexual del trabajo y la inconveniencia de la figura de la condicionalidad para garantizar protección a las poblaciones en mayor condición de vulnerabilidad.

Si bien, a partir de esta investigación, se reconocen algunos aportes significativos, sobre todo, en el plano de cierta autonomía económica creciente para las mujeres,

sostenibilidad escolar de las infancias y mejoras en la cantidad de alimentos disponibles, algunos elementos claves de estos dispositivos como la insuficiencia de los montos transferidos, la falta de sistematicidad y seguridad en los pagos y la condicionalidad que fortalece la distribución inequitativa de tareas de cuidado, los configuran como herramientas que, a nivel regional, tienen escasa potencialidad en la generación y sostenimiento de vidas saludables.

A estos fines, a raíz del ejercicio investigativo, se concluye que, para fortalecer los procesos de salud pública y la protección real de la vida, se torna necesario otro modelo de política social que renuncie a la consecución de garantías y bienes mínimos para poblaciones estratégicamente seleccionadas y controladas a través de dispositivos condicionales. Las características, diseños y principios necesarios en un modelo alternativo y superador de políticas asistenciales congruentes con el cuidado de la vida y de la salud emergen como los grandes interrogantes pendientes luego de este ejercicio investigativo, que demandará esfuerzos que exceden los límites de este estudio. Sin embargo, incipientemente, es posible asumir la pertinencia de mecanismos de protección que, a través de prestaciones universales, individuales, permanentes e incondicionadas, sean capaces de transformar de manera significativa las formas en las que la desigualdad, el trabajo y la calidad de vida afectan los procesos sanitarios.

Bibliografía

Abramo, L., Cecchini, S. y Ullmann, H. (2022) Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 5 pp. 1587-1598.

Acosta-Rodríguez, F., Rivera-Martínez, M- & Pulido-Rull, M. (2011). Depresión y Ansiedad en una Muestra de Individuos Mexicanos Desempleados. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* vol 3 num 1 Pp. 35-42

Agudelo, M. (2013) Transformaciones en el mundo del trabajo. Centralidad de la categoría “clase trabajadora” en la explicación de las relaciones sociales capitalista contemporáneas (análisis teórico crítico sobre las transformaciones en el mundo del trabajo), en Giraldo, C. (editor) *Política social contemporánea en América Latina. Entre el asistencialismo y el mercado*. Ediciones Desde Abajo. Bogotá, Colombia

Ahumada Vega, G. (2017). *Desigualdades de Género en Enfermedades Bucodentales y acceso a Atención Odontológica en población de 35 a 44 años, Región Metropolitana de Chile*. Tesis doctoral. Universidad de Chile. Escuela de Salud Pública.

Aizenberg, L. (2019). Miradas sanitarias en torno a las mujeres bolivianas en Argentina: un aporte desde la interseccionalidad. *Migraciones internacionales*, 10. PP 1-23.

Antunes, R. y Praun, L. (2015). A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 123, p. 407-427.

Amable, M. (2009). *La precariedad laboral y su impacto sobre la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España*. Universitat Pompeu Fabra.

Amable, M., Benach, J., & González, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: concepto y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 4(4), 169-184.

Aquín, N. (Ed.) (2014) *Asignación Universal por Hijo ¿Titulares o tutelados?* Córdoba, Argentina. Ed. Espacio.

Arango Gaviria, L., Urquijo, A. A., Pérez-Bustos, T., & Duque, J. P. (2018). *Género y cuidado: teorías, escenarios y políticas*. Universidad Nacional de Colombia.

Arcidiácono, P. (2017) Asignación Universal por Hijo: Rupturas y continuidades en el campo de las transferencias de ingresos en Argentina. *Revista Igualdad, Autonomía personal y Derechos Sociales*; 6; 12; 25-45.

Arias, A. (2012) *Pobreza y modelos de intervención. Aportes para la superación del modelo de asistencia y promoción*. Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina.

Arriagada, I. (2005). Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género. *Revista de la CEPAL* n° 85.

Arza, C. (2020). Familias, cuidado y desigualdad. *Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina*. Santiago: CEPAL, 2020. LC/TS. 2020/153. p. 45-65.

Banco Mundial (2009) Transferencias Monetarias Condicionadas. Reduciendo la pobreza actual y futura. *Panorama general*. Washington DC.

Banco Mundial (2022) Databank. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/?most_recent_value_desc=true

Barreto, M. (1998) Lesiones por esfuerzo repetitivo. La cotidianidad de las mujeres. *Revista Nueva Época/Salud Problema*. Año 3 N° 4. PP. 9-15

Basile, G. y López, F. (2021) *Epidemiología del trabajo doméstico*. Grupo de Trabajo CLACSO Salud internacional y soberanía sanitaria. Fundación Friedrich Ebert en República Dominicana. Programa Salud Internacional, FLACSO República Dominicana

Batthyány, K. (2008). Pobreza y desigualdades sociales: Una visión desde el género. *Papeles de población*, 14(57), 193-207.

Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales*. CEPAL. Serie Asuntos de Género No. 124

Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2017). El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. *Revista Estudios Feministas*, 25, 187-213.

Bauman, Z. (1998) *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Editorial Gedisa. España.

Beccaria, A., Danani, C., Rottenschweiler, S. (2018) Lo que fue, lo que es, lo que será. Transformaciones de la seguridad social para adultos mayores y niños, niñas y adolescentes en la Argentina, 2003-2017 (¿y después?). En Grassi, E. y Hintze, S. (coord) *Tramas de la desigualdad. Las políticas y el bienestar en disputa*. Prometeo Libros. Buenos Aires, Argentina. PP. 191-228

Becker, G. S. (1990). *The economic approach to human behavior* (Vol. 803). University of Chicago press.

Benach, J. (2021) La desigualdad social es la peor pandemia. *SALUD PÚBLICA / salud2000*. N° 160. PP 6-10

Benach, J., Vergara, M. y Muntaner, C. (2008) Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Revista PAPELES*. n° 103. Especial 2008. PP. 30-40

Benach, J., Muntaner, C. (2005) *Aprender a mirar la salud ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?* Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Maracay, Venezuela.

Benson, A. L. (2012). Efectos de Familias en Acción sobre la calidad de la oferta educativa. *Desarrollo y Sociedad*, (70), 51-91.

Bonfiglio, J. I., Vera, J., Salvia, A. (coord.) [et al.]. (2018). *Condiciones materiales de vida: hábitat, pobreza y desigualdad en los hogares urbanos de la Argentina (2010-2017)* EDSA Serie Agenda para la Equidad 2017- 2025, informe anual n°21. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Barómetro de la Deuda Social Argentina. Universidad Católica Argentina.

Calabria, A., Calero, A., D’Elia, V., Gaiada, J. y Rottenschweiler, S. (2010) Transferencias condicionadas de ingreso en Argentina: la Asignación Universal por Hijo para la protección social. *Gerencia de Estudios de la Seguridad Social- ANSES*.

Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós

Ceballos, O. L. (2018). Los derechos de la infancia y las políticas públicas. Reflexiones sobre la incidencia del hábitat en los asentamientos de origen informal en Bogotá. *Territorios*, (38), 167-189.

Cecchini, S. y Madariaga, A. (2011) *Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*. Cuadernos de la CEPAL. N° 95.

Cecchini, S. (2014) Educación, Programas de Transferencias Condicionadas y protección social en América Latina y el Caribe. *Educación y políticas sociales: sinergias para la inclusión*. Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación IPE-Unesco. PP. 49- 84.

Ceminari, Y. y Stolkiner, A. (2018). El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas de Investigación. XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Cena, R. (2016). Programas de Transferencias Condicionadas de Ingresos: hacia una problematización teórica a partir del caso latinoamericano; en De Sena, A. *Del ingreso universal a las "transferencias condicionadas", itinerarios sinuosos*. Estudios sociológicos Editora. Buenos Aires, Argentina.

Cena, R., & Dettano, A. (2020). Emociones en torno a los cuidados sociales mediados por las políticas sociales. Entre el deber moral y la postergación. *Investigación y Desarrollo*, 28(1), 68-103.

Clemente, A. (2014) *Territorios urbanos y pobreza persistente*. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Cohen, E. y Franco, R. (coords.) (2006) *Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada latinoamericana*. México, D. F., FLACSO/SEDESOL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2019). *Panorama Social de América Latina 2018* Santiago: Naciones Unidas; 2019.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2022) CEPALSTAT. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas.

Corbella, V y Calle Espinosa, Y. (2017) Políticas de transferencias monetarias condicionadas: caso Argentina y Colombia. *Rev. Investigación & Desarrollo* Vol. 25, n° 1. PP. 135-164

Dallorso, N. S. (2013). La teoría del capital humano en la visión del Banco Mundial sobre las Transferencias Monetarias Condicionadas. *Estudios Sociológicos*, 31(91), 113–139.

Dallorso, N. S. (2014). La teoría del Capital Humano y el Enfoque de Capacidades como fundamentos teóricos de las Transferencias Monetarias Condicionadas. *Rethinking Development and Inequality* Vol. 3. PP 43-67

Danani, C. y Hintze, S. (2011): Introducción. Protección y seguridad social para distintas categorías de trabajadores: definiciones conceptuales, propuestas de abordaje e intento de interpretación. En: Danani, C. y Hintze, S. (coord.): *Protecciones y desprotecciones: la Seguridad Social en la Argentina, 1990-2010*. Editorial Los Polvorines. Universidad Nacional de General Sarmiento. Pág. 9 a 29.

Danani, C. (2017). Políticas sociales universales: una buena idea sin sujeto Consideraciones sobre la pobreza y las políticas sociales. *Revista Sociedad*, (37). PP 77-94.

DANE (2021) Boletín Técnico. Pobreza Multidimensional en Colombia. Año 2020.

DANE (2023) Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Anexo año 2022.

De la Cruz, G. (2018). Factores socioeconómicos que influyen en la inseguridad alimentaria de los hogares de la comunidad campesina de Tarmatambo-Tarma. Tesis de Maestría. Universidad Nacional del Centro de Perú.

De León, A. (2021). Las pugnas de las madres comunitarias por nombrar el trabajo de cuidados. *Razón Crítica*, (11), 65-95.

Domínguez Alonso, E. (2013). Social inequalities and diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 24(2), 200-213.

Domínguez Mon, A. (2015) Cuidados de sí y relaciones de género: trabajo en red en un grupo de personas que viven con diabetes (PVD) en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAP) en José León Suárez, Argentina. *Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais* (Nº 42) p. 133-154.

Domínguez Mon, A. (2017) Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Revista Salud Colectiva*. Nº 13(3) P. 375-390.

Druck, G. (2016). Unrestrained outsourcing in Brazil: More precarization and health risks for workers. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(6).

Dubet, F. (2017) *Repensar la justicia social. Contra el mito de la igualdad de oportunidades*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, Argentina.

Espino Granado, A. (2014) Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2014; 34 (122), 385-404

Fernández Massi, M. (2022). Subcontratación y precarización del empleo: los accidentes laborales en la industria petroquímica. *Estudios sociológicos*, 40(119), 423-454.

Food and Agriculture Organization of the United Nations (2020) *The State of Food Security and Nutrition in the World*. Roma. FAO.

Fierros Hernández, A. (2014) Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). *Gaceta Médica de México*. Nº 150. PP. 195-199

Fiszbein, A., & Schady, N. R. (2009). *Conditional cash transfers: reducing present and future poverty*. World Bank Publications.

Gabrinetti, M., Danel, P. (2016) *Centralidad de los cuidados femeninos en el diseño y ejecución de programas de transferencia condicionada de ingresos: apuntes para un debate necesario*. II Jornadas de género y diversidad sexual “Ampliación de derechos: proyecciones y nuevos desafíos” Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

Galoviche, V. (2021). Los costos de la construcción social de la masculinidad en la salud sexual y (no) reproductiva. In *XII Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional (La Plata, 18 al 22 de octubre de 2021)*.

Garcés, L. (2017) *Políticas sociales y condicionalidades. Un abordaje relacional de la Asignación Universal por Hijo*. Buenos Aires, Argentina. Espacio Editorial.

Garcés, L. E., Estévez, M. F., Gordillo, R., Pozzi, A., Jotayán, Y., Galoviche, V., & Fuentes, C. (2016). Construcciones de sentido en torno a las políticas sociales de transferencia de ingresos: una mirada en perspectiva regional e histórica. In *III Foro Latinoamericano de Trabajo Social (La Plata, Argentina, 2016)*.

García Trujillo, A. (2009). Los programas de transferencias condicionadas: mecanismos de legitimidad política del orden neoliberal en américa latina. El caso de Familias en Acción. Tesis de maestría. Pontificia Universidad Javeriana.

García Trujillo, A. (2013) La función política de los programas de transferencias condicionadas: análisis del programa Familias en Acción. En Giraldo, C. (editor) *Política social contemporánea en América Latina. Entre el asistencialismo y el mercado*. Ediciones Desde Abajo. Bogotá, Colombia

Gili, M., Campayo, J. G., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108.

Giraldo, C. (2018) *Política social contemporánea. Un paradigma en crisis*. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia.

Gómez Gómez (2002) Género, equidad y acceso a los servicios de salud. *Revista Panamericana Salud Publica*. N° 11(5/6): 327-354.

Gómez, R. (2012). La noción de 'salud pública': consecuencias de la polisemia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 20(1): 101-116

Grassi, E. (2006) *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame*. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Grassi, E. (2018) Transformación del trabajo y de la política social. En Grassi, E. y Hintze, S. (coord) *Tramas de la desigualdad. Las políticas y el bienestar en disputa*. Prometeo Libros. Buenos Aires, Argentina. PP. 123-190.

Grassi, E. (2019) Neoliberalismo y sentido común. Despolitización y repolitización de la cuestión social. Argumentos. *Revista de crítica social*. N° 21 PP 384-411

Grassi, E. (2019). Neoliberalismo, desigualdad y cuestiones de legitimidad. *Escenarios*. (19) 30; PP. 1-10

Gutiérrez, A. (2007) Herramientas teórico-metodológicas de un análisis relacional para los estudios de la pobreza. *Ciencia, Docencia y Tecnología* N° 35, Año XVIII. Pp. 15-33

Han, B. (2012) *La sociedad del cansancio*. Herder Editorial. España

Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana. México D.C.

Hilarión-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. (2019) Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. *Biomédica*. 2019; 39:737-747.

Holzmann, R., & Jorgensen, S. (1999). Social protection as social risk management. *Washington, DC: The World Bank*.

Holzmann, R., & Jorgensen, S. (2003). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 21(1). PP 73.-106.

Hornes, M. (2014) Transferencias condicionadas y sentidos plurales: el dinero estatal en la economía de los hogares argentinos. *Antipod. Rev. Antropol. Arqueol*. No. 18, Bogotá, pp. 61-83.

Ibarra, D. (2014) Los rezagos de la Política Social. *Economía UNAM*. Volume 11, Issue 33. Pp. 26-51

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] (2016) La medición de la pobreza y la indigencia en la Argentina. Metodología INDEC N° 22.

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] (2022) Necesidades básicas insatisfechas. Recuperado de: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-47-156>

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] (2023) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados provisionales. Recuperado de: https://censo.gob.ar/index.php/datos_provisionales/

Instituto Nacional de Epidemiología [INE] Dr. Juan H. Jara. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud. (2015) Epidemiología de la Tuberculosis. Módulo 1.

International Labour Organization [ILO]. (2017). Safety and health at work. Geneva: ILO. Recuperado de <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--en/index.htm>

Jelin, E. (2017) Familia: un modelo para desarmar. En Da Silva Catela, L., Cerrutti, M., Pereyra, S. (comp.) (2020) *Elizabeth Jelin. Las tramas del tiempo. Familia, género, memorias, derechos y movimiento sociales. Antología Esencial*. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.

Jelin, E., Motta, R., Costa, S. (2020) *Repensar las desigualdades. Cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)*. Siglo XXI editores. Buenos Aires, Argentina.

Korzeniewicz, R. (2020) Desigualdad: hacia una perspectiva histórica mundial. En Jelin, E., Motta, R., Costa, S. *Repensar las desigualdades. Cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)*. Siglo XXI editores. Buenos Aires, Argentina. Pp. 37-64.

Kovalskys I, Cavagnari BM, Zonis L, Favieri A, Guajardo V, Gerardi A, Fisberg M. (2020) La pobreza como determinante de la calidad alimentaria en Argentina. Resultados del Estudio Argentino de Nutrición y Salud (EANS). *Nutr Hosp* 2020;37(1):114-122

Lazzari, L. y Fernandez, M. (2011). Algunas Consideraciones Acerca de las Medidas de Pobreza. Proyecto UBACyT E019 "Predicción y toma de decisiones en condiciones de incertidumbre" de la Programación Científica de la Universidad de Buenos Aires 2004-2007.

Lera, C., Genolet, V., Rocha, V., Schoenfeld, Z., Guerriera, L. y Bolcatto, S. (2007) Trayectorias: un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social. *Revista Cátedra Paralela*. N° 4. Año 2007. PP. 33-39.

Lima Barreto, Mauricio (2017) Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. V. 22, n. 7, pp. 2097-2108.

Martínez, A., & Minaverri, C. M. (2008). Las cuestiones de género y el derecho humano del agua. *La Aljaba Segunda época*, Volumen XII. 257-259

Martínez Franzoni, J. (2007) *Regímenes del Bienestar en América Latina*. Madrid, España. Ed. Cealci – Fundación Carolina.

Martínez, J., & Téllez, A. (2016). El efecto de la crisis y el desempleo desde una perspectiva de género. *Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia*, 351-372.

Martinez R, Soliz P, Caixeta R, Ordunez P. (2019) Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality—a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality. *Int J Epidemiol*. 2019 Jan 9.

Mckee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C., Kinicki, A. (2005) Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology* by the American Psychological Association. Vol. 90, No. 1, 53–76

Mendes Diz, A., Domínguez Mon, A. y Schwarz, P. (2011). *Enfermedades crónicas. Entre la autonomía y el control*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Mendoza, M., Parra, G., y Suardiaz, C. (2014). Transferencia condicionada de ingreso y vida cotidiana: estudio comparado AUH (Argentina) y Familias en Acción (Colombia). In *IX Jornadas de investigación, docencia, extensión y ejercicio profesional: "Transformaciones sociales, políticas públicas y conflictos emergentes en la sociedad argentina contemporánea (La Plata, octubre 2014)*.

Molinares V., & Echeverría, J. (2011). El derecho humano al agua: posibilidades desde una perspectiva de género. *International Law*, (19), 269-301.

Mora, A. (2019) *La exclusión y la desigualdad. Transformaciones desde la política social*. Universidad Nacional de Colombia.

Mora, A. (2021). Renta básica de ciudadanía: una aproximación desde las teorías de la justicia y el pleno empleo “voluntario”. *Papel Político*, 26.

Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de salud pública*, 15(6), 810-813.

Mújica O., Moreno C. (2019) De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 43(12): 1-8

Nemiña, P., & Echandi, J. (2020). De la red al piso de protección social: la trayectoria de la política social en los Organismos Multilaterales. *Conjuntura Austral*, 11(55), 51-62.

Organización Internacional del Trabajo (2018) *Mujeres y hombres en la economía informal: un panorama estadístico* (tercera edición)– Ginebra: OIT, 2018

Organización Mundial de la Salud (2022) Sarampión. Notas descriptivas. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles>

Organización Mundial de la Salud (2022) Dengue. Notas descriptivas. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

Organización Mundial de la Salud (2022) Agua, saneamiento y enfermedades diarreicas. Notas descriptivas. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

Organización Mundial de la Salud (2020) Estadísticas sanitarias mundiales. Un resumen visual. Recuperado de: <https://www.who.int/es/data/gho/whs-2020-visual-summary>

Organización Mundial de la Salud (2019) Informe mundial sobre la Tuberculosis. Sinopsis. End TB. Recuperado de:

https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_es.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud (2022) Sarampión. Notas descriptivas. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/sarampion>

Organización Panamericana de la Salud (2022) Dengue. Notas descriptivas. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/dengue>

Organización Panamericana de la Salud (2022) Enfermedades no transmisibles. Notas descriptivas. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

Organización Panamericana de la Salud (2019) Tuberculosis en las Américas. Informe Regional 2019. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52815/9789275322741_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y

Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S. y Borges, G. (2007) Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, V. 23, n. 6, pp. 1255-1272.

Ortiz Viveros, G., Martínez Pacheco, A., Ortega Herrera, E. (2015) Burnout, sobrecarga percibida y sintomatología asociada al estrés en amas de casa mexicanas, en Ortiz Viveros, G. y Stange Espínola, I. (comp.) *Psicología de la Salud. Diversas perspectivas para mejorar la calidad de vida*. Benémerita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, México. Pp. 46-81

Osorio, C. (2015). Mecanismos de difusión de los Programas de Transferencia Condicionada en América Latina. El caso chileno. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*. Num. 53. pp. 31-48

Paredes-Hernández, N. (2020). La epidemiología crítica y el despojo de tierras y territorios: una reflexión teórica. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(SPE), 31-51.

Pautassi, L. (2007) *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. CEPAL - Serie Mujer y desarrollo No 87. Santiago de Chile.

Pautassi, L. (2009) *Programas de transferencias condicionadas de ingresos ¿Quién pensó en el cuidado? La experiencia en Argentina*. Seminario Regional: Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. CEPAL, Santiago de Chile. 29 y 30 de octubre de 2009.

Pautassi, L. (2010) *El aporte del enfoque de Derechos a las políticas sociales. Una breve revisión*. Taller de expertos "Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones". CEPAL.

Pautassi, L. (2016) La complejidad de articular derechos: alimentación y cuidado. *Revista Salud Colectiva*. 2016; N° 12(4): PP. 621-634.

Pautassi, L. C. (2021). A un año de la pandemia: Los cuidados en el centro y en los márgenes. *Desarrollo em Debate*; 9; 1; PP. 213-229

Pautassi, L., Arcidiácono, P. y Straschnoy, M. (2014) Condicionando el cuidado. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en Argentina. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*. Num. 50, Quito. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador. PP. 61-75

Paz, J. A. (2010). *Programas dirigidos a la pobreza en América Latina y el Caribe. Sustento teórico, implementación práctica e impactos sobre la pobreza en la región*. Clacso.

Peralta, L; Córdova, I.; Piña, M.; Urrutia, B. (2018) Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Revista Polis*. N° 49. PP. 1-21

Plachesi, P. (2015) Lesiones laborales. Universidad FASTA. Facultad de Ciencias Médicas. Departamento de Kinesiología. Mar del Plata, Argentina.

Rodríguez Enríquez, C. (2011). Programas de transferencias condicionadas de ingresos e igualdad de género ¿Por dónde anda América Latina? CEPAL - *Serie Mujer y desarrollo* N° 109. División de Asuntos de Género- Santiago de Chile. Pp- 1-39

Ruiz Ruiz, N. (2018) Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años. Pobreza y desarrollos regionales. Colombia. 2003-2012. *Economía, Sociedad y Territorio*, vol. xviii, núm. 56, 2018, 35-75.

Salas, M. (2021) Dificultades de institucionalización en programas sociales en la Argentina. *Revista Estado y Políticas Públicas*, n° 15, 147-164.

Salas, M. (2018) Proceso de legitimación y homogenización de programas de lucha contra la pobreza en América Latina. Estudio de casos de Programas de Transferencias de Ingresos Condicionadas. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales. FLACSO Argentina.

Salas, M. (2011). Isomorfismos en los programas de lucha contra la pobreza. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 3(4), 55-71.

Sánchez-Recio, R., De Ágreda, J., Gasch-Gallén, Á., & Palacio, I. (2021). Desigualdades de género en la utilización de servicios sanitarios, España 2006-2017. *Salud pública de México*, 63(2), 190-200.

Sarmiento Machado, J. (2013) Algunas visiones sobre la disciplina, práctica y concepto de la salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública*. Vol 17 (2): 151-161

Sen, A. (1999) *Desarrollo y libertad*. Editorial Planeta. Bogotá, Colombia.

Sora, B., Caballer, A. y Peiró, J. (2014) La inseguridad laboral y sus consecuencias en un contexto de crisis económica. *Papeles del Psicólogo*, 2014. Vol. 35(1), pp. 15-21

Therborn, G. (2010) Os campos de extermínio da desigualdade. *Novos Estudos - CEBRAP*, n. 87, 2010, p. 145–156

Therborn, G. (2013) *La desigualdad mata*. Alianza Editorial. Madrid.

Topalov, C. (2004): De la cuestión social a los problemas urbanos: los reformadores y la población de las metrópolis a principios del siglo XX. En: Danani, C. (compiladora): *Política Social y Economía Social: debates fundamentales*. UNGS/Fundación OSDE/Editorial Altamira. Buenos Aires. Pág. 41-71

Tomasina, F. (2012) Los problemas en el mundo del trabajo y su impacto en salud. Crisis financiera actual. *Rev. salud pública*. 14 sup (1): 56-67.

Torres-Tovar, M. (2019). Protección de la salud en el trabajo: De lo indemnizatorio mercantil al real cuidado de la salud. *Salud de los Trabajadores*, 27(2): 133-146.

Torres Tovar, M. (2020). *Luchas obreras por la salud en Colombia: El caso de las asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo. Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia.*

Ugarte-Gurrutxaga, M. I. (2020). La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes: el “plus” de la desigualdad. *ATLÁNTICAS – Revista Internacional de Estudios Feministas*. Vol 4, 1, PP. 179-196

Urquía-Fernández N. (2014) La seguridad alimentaria en México. *Salud Publica Mex* 2014;56 supl 1:S92-S98.

Villatoro, P. (2005) Programas de transferencias monetarias condicionadas: experiencias en América Latina. *Revista de la CEPAL (N° 86)* 87-100.

Vite, M. (2007). La nueva vulnerabilidad social. En: *Revista Economía, Gestión y Desarrollo*. No. 5, 2007. Cali: Pontificia Universidad Javeriana.

Vizcarra, I. (2008). Entre las desigualdades de género: un lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre. *Argumentos (México, DF)*, 21(57), 141-173.

Wilkinson, R., Pickett, K. (2009) *Desigualdad. Un análisis de la (in)Felicidad colectiva*. Turner Libros. España.

Wilkinson, R., Pickett, K. (2017) The enemy between us: The psychological and social costs of inequality. *European Journal of Social Psychology*. N° 47 (2017) 11–24

Zubero, I. (2000) *El derecho a vivir con dignidad: del pleno empleo al empleo pleno*. Ediciones HOAC.