

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales
Ciencias de la Comunicación



Tesina de Grado

**Programas de Transferencias
Condicionadas, Salud y Comunicación**

Melina Ayelén Patti

Agosto 2015

TESISTA

Melina Ayelén Patti

DNI: 33.613.276

Correo electrónico: melina.patti@gmail.com

Cel.15-60477235

TUTOR

Angélica De Sena

Correo electrónico: angelicadesena@gmail.com

Patti, Melina Ayelén

Programas de transferencias : condicionadas, salud y comunicación / Melina Ayelén

Patti. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires.
Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Ciencias de la Comunicación, 2017.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-950-29-1718-4

1. Políticas Públicas. 2. Comunicación. I. Título.

CDD 320.6

Y los días se echaron a caminar.

Y nos hicieron a nosotros.

Y así fuimos nacidos nosotros,

Los hijos de los días,

Los averiguadores,

Los buscadores de la vida.

(El Génesis según los mayas)

Eduardo Galeano (Los hijos de los días, 2012).

Agradecimientos



A mis padres y mi hermana, por su amor, acompañamiento y sostén durante toda mi trayectoria educativa, y por alimentar integralmente mi ser.

A Angélica De Sena, por haberme guiado y enseñado en los caminos de la investigación en Ciencias Sociales. Por construir un espacio de discusión teórica y metodológica, por sus atentas lecturas y correcciones.

A los docentes de la Universidad de Buenos Aires y compañeros que acompañaron el recorrido formación en las Ciencias de la Comunicación y tuvieron la paciencia de leer y opinar sobre la tesina. Especialmente a Andrés Terrile, quien me impulsó y ayudó en el trabajo de campo.

A mis compañeros de trabajo que apoyaron en todo momento mi estudio y mi exploración en la investigación desde sus diferentes profesiones vinculadas a las Ciencias Sociales.

A todas las mujeres que narraron sus historias y sus vivencias. A los profesionales de los servicios de salud que desinteresadamente compartieron su experiencia, y a las técnicas y coordinadoras de Ciudadanía Porteña que colaboraron en el trabajo de campo de la presente investigación.

ABREVIATURAS

AUH: Asignación Universal por Hijo

AxE: Asignación Universal por Embarazo para Protección Social

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

BM: Banco Mundial

C.A.B.A: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CBA: Canasta Básica Alimentaria

CESAC: Centros de Salud y Atención Comunitaria

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CGP: Centros de gestión y participación comunal

CMB: Centro Médico Barrial

CP: Programa Ciudadanía Porteña. Con todo derecho

EAH: Encuesta Anual de Hogares

EAHB: Encuesta a Beneficiarios de CP

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

LI: Línea de Indigencia

LP: Línea de Pobreza

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

NHT: Núcleos Habitacionales Transitorios

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PJyJHD: Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados

PTCI: Programas de Transferencias Condicionadas de Ingreso

RUB: Registro Único de Hogares Beneficiarios de programas sociales

SCyE: Seguro de Capacitación y Empleo

UIMyE: Unidad de Información Monitoreo y Evaluación

Índice

Introducción	4
Capítulo 1.....	8
Estado del arte.....	8
Objetivos y problema de investigación	13
Capítulo 2.....	14
Marco Teórico	14
Acercamiento conceptual a las Políticas Públicas y Políticas sociales.....	14
Una aproximación a los Programas de Transferencia Condicionada	15
Acerca de cómo pensar la Pobreza	18
Acercamiento al concepto de Comunicación	19
Habitus y Campo, categorías para entender las prácticas y esquemas perceptivos.....	22
Acerca de cómo pensar las relaciones entre Comunicación y Salud	22
Capítulo 3.....	27
Abordaje metodológico.....	27
Tipo de estudio y diseño.....	28
Estrategias de acceso y análisis	28
Capítulo 4.....	33
Un primer acercamiento a la situación contextual en que se implementa el Programa.....	33
Descripción del Programa Ciudadanía Porteña.....	38
Capítulo 5.....	50
La vida de las mujeres titulares del Programa CP	51
El ingreso a Ciudadanía Porteña, las mujeres y el camino recorrido	53
Estrategias y trayectorias de las mujeres en los circuitos de salud	55
Las subjetividades de los diferentes actores en torno a CP	59
Capítulo 6.....	62
Matriz comunicacional del Programa en relación al componente de Salud.....	62
Descripción de las Oficinas de Atención.....	63
La comunicación interpersonal en las Oficinas de Atención	64
Los médicos como principal fuente de información	67

Las relaciones entre dos campos: Desarrollo Social – Salud	68
El medio de comunicación digital.....	72
El control de salud como requisito para seguir en el Programa	79
Valoración del control de salud desde la mirada de las madres	82
Reflexiones finales.....	85
Bibliografía.....	89
Mapeo C.A.B.A.....	98
Anexo	109
Redes conceptuales y códigos generados a partir del software Atlas.Ti.....	123

Introducción

La presente tesina de investigación de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Buenos Aires se ha desarrollado en el marco del trabajo continuo de lectura y reflexión sobre temáticas vinculadas a Políticas públicas, Salud y Condiciones de vida dentro del Grupo de investigación (GIC) “Comunicación, sensibilidades y políticas sociales: puntos de encuentros” a cargo de Angélica De Sena.

Es el resultado de una inquietud que ha atravesado mi itinerario académico, vinculada a temáticas referidas al encuentro entre Comunicación y Salud. La particularidad de esta investigación es que ese encuentro será explorado desde las Políticas Sociales.

A finales de la década de 1990, la realidad socioeconómica de los países Latinoamericanos, producto de la apertura de las economías; la desregulación, o, en términos de Basualdo y Azpiazu (2004), procesos de ‘re-regulación’ del mercado tendientes a transferir un mayor poder regulatorio al capital, promovidos por la acción u omisión estatal; y la disolución del mercado de trabajo, hizo sumergir a estos países en profundas crisis, procesos recesivos, escenarios de vulnerabilidad social y un marcado deterioro de las condiciones de vida de los hogares más pobres. Frente a esta situación, las políticas sociales debieron asumir un rol clave en lo inmediato.

Por entonces surgieron, primero en México (Plan Progresá) y Brasil (Bolsa Escola), Programas de Transferencia Condicionadas (PTCI) extendiéndose luego a otros países de América del Sur y el Caribe.

Recién a principios del nuevo milenio, estas políticas públicas comenzaron a constituirse en opciones de protección social ampliando su cobertura como parte de las estrategias de reducción de la pobreza y desigualdad social, con el objetivo de fortalecer el capital humano de la población destinataria.

La principal característica de los Programas de Transferencia Condicionadas de Ingreso consiste en la entrega de recursos monetarios a familias en situación de pobreza que tienen uno o más hijos menores de edad y a mujeres embarazadas, con la condición de que cumplan con ciertos compromisos (condicionalidades) que se relacionan principalmente con las áreas de educación, salud y nutrición (por ejemplo, que los niños concurran a la escuela o a los centros de salud con fines preventivos y de atención primaria). En este punto interesa resaltar que este tipo de políticas sociales establecen a priori la titularidad femenina, debido al rol otorgado a las mujeres como organizadoras del cuidado.

El campo de estudios sociales sobre Programas de Transferencia Condicionada de Ingreso (en adelante PTCI) es relativamente reciente. Haciendo una revisión bibliográfica profunda del mismo se pudo observar que los PTCI han sido analizados desde múltiples perspectivas que abarcan: lecturas económicas y sociales del impacto en el desarrollo del capital humano; análisis del cumplimiento de las contraprestaciones; estudios sobre el vínculo con las perspectivas de género desde un enfoque de derechos y miradas sociológicas de las políticas sociales desde los cuerpos y las emociones.

Sin embargo, no se ha profundizado en el reconocimiento de una mirada comunicacional como dimensión transversal a dichas políticas públicas.

Entonces, teniendo en cuenta los procesos comunicativos como eje de análisis, y a partir de un abordaje social de la salud, se propuso estudiar el componente de salud de los Programas de Transferencias Condicionadas de Ingreso.

La investigación se enfoca en un análisis comunicacional del aspecto de salud, particularmente de salud materno-infanto-juvenil, intentando responder cómo es la comunicación sobre los controles de salud que requiere como condicionalidad el Programa de Transferencias Condicionadas “Ciudadanía Porteña - *Con todo derecho*” que se ejecuta en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, tras una década de implementación.

La primera pregunta que se asomó al iniciar la aproximación al tema fue: ¿La comunicación sobre controles de salud del Programa Ciudadanía Porteña está pensada como un trámite o como una posibilidad de promoción y prevención de la salud?

Durante el recorrido de la investigación se reflexiona acerca del modo en que es comprendida la comunicación en salud, cómo el Programa Ciudadanía Porteña (en adelante CP) opera en el vínculo de las mujeres con los servicios de salud y qué otras mediaciones intervienen, intentando captar la mirada de los diferentes actores, pero principalmente de las mujeres titulares del Programa, a partir de un enfoque que contempla que la acción es ejercida sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino, sobre todo, significados subjetivos y sociales (Menéndez, 1994).

En el **Capítulo 1** se inicia el recorrido por los Programas de Transferencia Condicionadas de Ingreso (PTCI) a partir de una lectura y revisión bibliográfica. La construcción del estado del arte permite echar luz sobre una temática que ha sido poco explorada desde una dimensión comunicacional, la cual ha configurado el objeto de estudio y el problema de investigación de la presente tesina.

En el **Capítulo 2** se encuentra el Marco Teórico que se fue construyendo en el proceso de trabajo, desde la presentación del anteproyecto hasta la elaboración de la tesina. Comienza con una revisión teórica conceptual de las Políticas Públicas y particularmente las Políticas Sociales y una exploración de las principales líneas de debate en torno a los Programas de Transferencia Condicionada de Ingreso, estrechamente vinculadas al concepto de Pobreza. Luego se realiza un recorrido por los diferentes abordajes del concepto de Comunicación, y una revisión histórica de la noción de Salud, el reconocimiento de los Determinantes Sociales de la salud y las modalidades mediante las cuales los paradigmas del proceso de salud-enfermedad - atención se implementan en la práctica. El marco teórico concluye con un acercamiento al cruce entre Comunicación y Salud.

La teoría sociológica de Pierre Bourdieu, y principalmente dos de sus categorías conceptuales fundamentales: *hábitus* y *campo* enmarcan el objeto de estudio y permiten el posterior análisis de las prácticas y percepciones que configura la matriz comunicacional del Programa.

En el **Capítulo 3** se describe el proceso metodológico, el abordaje cualitativo, el diseño del estudio y las estrategias de acceso y análisis: población de estudio, unidades de información, factores de inclusión, muestra, instrumentos de recolección de información y las características del trabajo de campo.

En el **Capítulo 4** se presenta una mirada hacia la situación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir de indicadores sociodemográficos, laborales, educacionales, habitacionales y de salud de la población. Luego se realiza una descripción del Programa Ciudadanía Porteña teniendo en cuenta sus características principales y su implementación (en tanto Programa de Transferencia Condicionada de Ingreso) haciendo hincapié en sus requisitos de salud.

Por último, los Capítulos 5 y 6 conforman el análisis de la presente investigación. En el **Capítulo 5** se construye un acercamiento a las características sociodemográficas y condiciones de vida de las mujeres entrevistadas, las modalidades que presenta la inscripción y el ingreso a CP, las subjetividades en torno al Programa, las trayectorias y estrategias de las mujeres en los

circuitos de salud. El **Capítulo 6** se enfoca específicamente en describir y explorar la matriz comunicacional del Programa Ciudadanía Porteña en relación a las contraprestaciones de Salud: recursos/espacios utiliza para vincularse con la población y comunicar los requisitos en salud, qué características presentan, cómo es comprendida la comunicación en salud, cómo se articulan los campos Desarrollo Social y Salud y qué percepciones y subjetividades define la comunicación gubernamental de un PTCI en los procesos de salud.

Capítulo 1

Estado del arte

Un breve bosquejo del estado del arte permitirá echar luz respecto al objeto de estudio, elaborando una cartografía de la temática, con sus respectivos representantes, sentidos, caminos y lugares.

El estado del arte/ estado de la cuestión posibilita utilizar lo investigado y el conocimiento en una determinada área de la realidad para propiciar el desarrollo continuo y sistemático de la investigación con mayor certeza, dando cuenta de las dinámicas sociales en las que se movilizan o están inscritos los campos epistemológicos y empíricos de la investigación.

Con ese objetivo, se ha realizado una búsqueda y revisión documental, que, en principio, poco dice sobre cómo es la comunicación en salud materno-infanto-juvenil de los Programas de Transferencia Condicionada de Ingreso, revelando una ausencia de investigaciones que delimiten su objeto sobre esta temática.

Por tanto, para ubicar la presente investigación en el marco de la literatura social existente e identificar en qué estado se encuentra el tema, se trazaron cuatro recorridos en la búsqueda documental.

Estos cuatro caminos, que finalmente confluirán, comprenden: en primer lugar, estudios vinculados a Programas de Transferencia Condicionada de Ingreso y pobreza en contextos Latinoamericanos ; el segundo recorrido refiere a investigaciones vinculadas a programas sociales desde la mirada de los receptores de tales políticas; el tercer trayecto tiene que ver con producciones que trabajan particularmente sobre las contraprestaciones en salud materno-infanto-juvenil de tales programas y las estrategias de cuidado de la infancia , y por último investigaciones que se enfocan en estrategias de comunicación en PTCI en general y trabajos sobre comunicación y salud en políticas públicas.

El primer recorrido permite construir los cimientos del objeto de estudio. El principal insumo en relación a esta dimensión proviene del documento de Cecchini y Madariaga (2011) para la CEPAL en el cual se describe la experiencia de los PTCI en Latinoamérica y posibilita revisar las características que componen la estructura básica de los mismos. El aspecto sobresaliente son las condicionalidades. El trabajo de Cecchini y Madariaga describe tres justificaciones dadas a la exigencia de tales contraprestaciones. La primera consiste en que los padres no invierten lo suficiente en el desarrollo de sus hijos, por lo que necesitan incentivos; la segunda es la necesidad de reforzar el ejercicio de derechos de educación y salud; y en la última, se argumenta que las condicionalidades aumentan el apoyo de aquellos que contribuyen con sus impuestos y donaciones para la realización de las prestaciones.

El campo de los PTCI en Argentina es abordado por Carla Zibecchi (2008) quien realiza un estudio de tres experiencias en materia de programas sociales de transferencias de ingresos: el Programa Familias para la inclusión Social (en adelante: Programa Familias) –de Argentina-, Oportunidades (ex Progresa) –de México y el Programa Puente –de Chile- como ejemplos de programas de transferencias monetarias condicionadas a las madres de familias. Este estudio permite pensar los programas desde un enfoque de derechos a partir de una revisión crítica de conceptos como “capital humano”, “capital social” y el rol de la mujer-madre en el cuidado de los niños y adolescentes.

Por su parte Messina (2014) realiza un análisis de los PTCI desde la comprensión de la relación recíproca entre ciclos económicos e indicadores socioeconómicos y las diferentes modalidades que adquieren las políticas sociales.

Estrechamente relacionada con la dimensión anterior, se ubican las producciones que analizan los programas sociales desde la mirada de los receptores de tales políticas.

En esta línea de análisis se encuentra el trabajo de Scribano y De Sena (2013) sobre los programas sociales en Buenos Aires a través de una mirada desde las políticas de los cuerpos y las emociones. Los relatos de las mujeres que perciben dichos programas permiten comprender las interrelaciones entre sociabilidad y vivencialidad.

Andrea Dettano (2013) realiza una revisión de los PTCI desde los años 90 a la actualidad desde una mirada sociológica a partir de categorías como: Estado de Bienestar, Ciudadanía, Condiciones Sociales y Beneficio social, haciendo foco en dos Programas en particular: la Asignación Universal por Hijo y Ciudadanía Porteña. Las nociones mencionadas se toman como categorías teóricas a partir de las cuales es posible comprender y comparar programas sociales y sus condicionalidades. Como sostiene Dettano, estas políticas sociales estructuran sensibilidades específicas y sentires sociales que se van entramando en cuanto a la percepción de la política social.

Por su parte, la investigación realizada por Kaen, Páez y Barrionuevo (2011) resulta un aporte a la construcción del concepto de pobreza a partir de un abordaje cualitativo sobre representaciones sociales desde la narración singular tal como es pensada y vivida la pobreza por los sujetos que perciben el Plan Jefas y Jefes de hogar en Catamarca. Según las autoras, en la identificación de la cotidianidad es posible encontrar las claves para superar la pobreza.

El concepto de maternidad y su vínculo con la política social es trabajado por Castilla (2014) quien revisa esta temática desde una perspectiva antropológica, a partir de experiencias del ejercicio de la maternidad y sentidos atribuidos en madres que perciben el Programa Ciudadanía Porteña. Este análisis permite ver las características que adopta el ejercicio de la maternidad en contextos de pobreza, vulnerabilidad y marginalidad. Los ingresos monetarios percibidos por la política social son concebidos por las madres como retribuciones a sus tareas relacionadas con el ejercicio de sus maternidades y quehaceres domésticos.

La tesis de maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas sociales (FLACSO) de Andiñach (2014) se introduce como aporte dado que trabaja sobre las percepciones sobre los programas a partir de la experiencia de las mujeres, principalmente en relación al proceso de inscripción al Programa Ciudadanía Porteña y al cumplimiento de las contraprestaciones. En cuanto a los requisitos de salud, esta investigación cualitativa señala que ninguna madre mencionó los controles médicos como requisitos para adquirir el subsidio.

También se incluye entre los antecedentes un trabajo de corte exploratorio realizado en México sobre el Programa Progresar por Martínez y Calderón (2010) debido a que su estrategia metodológica resulta un modelo para la presente tesina por su enfoque desde una aproximación cualitativa a la operación del Programa a partir de entrevistas en profundidad a coordinadores y titulares beneficiarias en el municipio de General Escobedo (perteneciente al Área Metropolitana de Monterrey del Estado de Nuevo León) en donde existen altos porcentajes de pobreza.

Asimismo, Arroyo (2010) ha trabajado sobre el Programa Juntos de Perú a partir de un estudio cualitativo realizado en los hogares beneficiarios en el distrito de Chusqui. El mismo reflexiona sobre la experiencia del Programa desde la percepción de los beneficiarios y los cambios percibidos en la salud de sus hijos. En relación a las condicionalidades, para el autor se deben trascender las lecturas dicotómicas sobre el cumplimiento de las contraprestaciones. Retomamos este trabajo porque permite pensar sobre la distinción entre las motivaciones que llevan a los beneficiarios a cumplir las condicionalidades, ya que generalmente el asunto tiende a ser dicotomizado entre quienes cumplen debido a la condicionalidad de las transferencias y quienes lo hacen porque entienden la importancia del cuidado de salud de sus hijos menores. En este sentido el autor afirma que: “(...) las motivaciones pueden ser diversas y la importancia del cuidado de la salud y la educación de sus hijos para los beneficiarios puede estar orientada hacia diferentes metas” (Arroyo, 2010:19).

En cuanto al ámbito de la salud, se han revisado investigaciones que se enfocan en las contraprestaciones de salud requeridas por los PTCI y las estrategias de cuidado en relación a las madres y la salud de sus hijos.

Por un lado, se han realizado estudios de impacto de los PTCI sobre el estado de salud de la población beneficiaria. Ese es el caso de un estudio que analiza el impacto del Programa Bolsa Familia (implementado en Brasil) sobre el estado de salud de la población (Castiñeira, Currais Nunes y Rungo, 2009). Si bien la evaluación construye su objeto desde un marco teórico diferente al de la presente tesina, dado que piensa la salud desde las teorías de cambio de comportamiento individual y en términos de modificación de las conductas, el estudio nos brinda cierta información sobre la salud como contraprestación, controles de salud requeridos y sus dinámicas de cumplimiento.

Otro antecedente en relación a transferencias monetarias condicionadas y salud en América Latina es el trabajo de Cecchini y Veras Soares (2014) en el cual se describe cómo los PTCI indican en los resultados de salud y nutrición infantil en países en desarrollo.

En esta línea de análisis se puede ubicar el trabajo de Vega et al (2012) y el equipo de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata quienes evalúan el impacto de las políticas de inclusión social en el desarrollo integral, en el mejoramiento de la salud y la educación. El análisis se enmarca en los derechos de los niños/as y en el derecho a la salud. El enfoque de salud y derechos humanos concibe a la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud (OPS/OMS. 2007). Partiremos también desde este enfoque para trabajar el aspecto de salud del Programa Ciudadanía Porteña.

La investigación de Vega toma como objeto de estudio la implementación de la Asignación Universal en la Ciudad de Mar del Plata. El aspecto de salud es analizado desde una estrategia cuanti-cualitativa tomando en consideración estadísticas y encuestas, pero con preferencia en la investigación acción participativa a partir de la realización de entrevistas en profundidad a integrantes de los equipos de salud, educación, acción social, técnicos y responsables de la AUH y la AxE y familias/ hogares con el objetivo de indagar acerca de los tipos de controles, actividades de promoción de la salud, entidades autorizadas para efectuar los controles, representaciones, expectativas y prácticas en relación a estos Programas. En cuanto al análisis comunicacional no se hace foco en la comunicación del componente de salud del Programa, sino que se enfoca exclusivamente en un análisis del discurso periodístico de los medios de la Ciudad de Mar del Plata en relación a la AUH. Uno de los objetivos planteados por Vega y su equipo es distinguir sectores de intersección entre las diferentes áreas (salud, educación, justicia, desarrollo social) en cuanto a su implementación y evaluación. Continuaremos profundizando este eje de análisis al estudiar el Programa Ciudadanía Porteña y su componente de salud.

Por su parte, un análisis del Ministerio de Salud de la Nación (2013) que indaga sobre la sinergia buscada a partir de la articulación del Plan Nacer y la AUH/AxE también resulta en este marco un aporte a considerar. El estudio presenta y describe los PTCI y experiencias de salud materno - infantil en Latinoamérica. Toma como eje de análisis las condicionalidades de salud y los determinantes sociales. Así, se indica que: “El estado de salud no puede reducirse solo a sus elementos clínicos y sanitarios, y es por ello que los componentes sociales, asociados a calidad de vida y bienestar, también se encuentran presentes en la sinergia de las políticas sociales” (Ministerio de Salud, 2013: 11). Al mismo tiempo, el informe plantea la comunicación como un eslabón fundamental de la articulación entre políticas de salud y políticas sociales, si bien es pensada en términos de difusión y transmisión de información.

Como antecedente en cuanto al vínculo entre las contraprestaciones en salud y las estrategias de cuidado que llevan adelante las mujeres que perciben dichos programas, se ha tenido en cuenta la investigación de Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014) “*Condicionando el cuidado. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en Argentina*”. El artículo se enfoca en la AUH desde una mirada sobre el cuidado y las responsabilidades que trae aparejado. Resulta de interés su aporte en cuanto a la descripción de los vínculos entre la organización social del cuidado y las condicionalidades en salud y educación para la infancia y adolescencia exigidas especialmente a las madres receptoras de políticas de transferencia de ingresos. La investigación describe que las condicionalidades no fueron cuestionadas por las madres ya que ellas señalan que cuando otros padres y/o madres, por diversas razones, deciden no cumplir con alguna de estas obligaciones (educativas o sanitarias), la condicionalidad de la AUH contribuye a que éstos reviertan la situación.

Por último, se señala la dimensión comunicacional que atraviesa las anteriores dimensiones. En lo que respecta a comunicación y PTCI sólo se ha encontrado un estudio realizado por Hevia (2007) que a partir de ciertas categorías conceptuales como: “relaciones Estado/Sociedad”, “administración pública” y “atención ciudadana” va a indagar sobre las formas de comunicación e interlocución entre el Programa Bolsa Familia (Brasil) y sus beneficiarios. La investigación describe los canales de comunicación del programa y reflexiona sobre las “relaciones lejanas” que construyen estas estrategias de comunicación, lo que implica poco conocimiento por parte de los beneficiarios sobre el programa y sus procesos clave: ingreso, permanencia, recepción de apoyos, salida del programa y montos percibidos.

A partir del análisis de investigaciones teóricas y empíricas sobre comunicación y salud, se ha observado el desarrollo que han tenido, en las últimas décadas, las investigaciones en salud desde el campo de las Ciencias de la Comunicación.

Como aporte principal a la temática general se revisa el texto de Petracci, Cuberli y Palopoli (2010) “*Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica*” por su desarrollo en relación a la implementación de estrategias comunicacionales, la participación en salud y el par multiculturalidad-interculturalidad. Las autoras señalan que estos aspectos son importantes para considerar el sustento y la apropiación de los objetivos y logros de los programas por la población.

En cuanto a la relación entre Comunicación, Salud y PTCI el Observatorio de Salud y Comunicación de la Universidad de La Plata (2013) ha estudiado esta temática a partir de la AUH, si bien se enfoca en un análisis de la prensa gráfica en torno a la construcción de la noticia cuyo contenido hace referencia a la AUH, lo cual no remite al objeto de estudio de la presente tesina, nos permite posicionarnos desde una mirada que piensa a la AUH como una

política estrechamente vinculada a su componente de salud. Asimismo, plantea la estrecha relación entre pobreza y salud, y el rol del Estado en la comunicación de las políticas públicas.

Objetivos y problema de investigación

Luego de lectura en profundidad realizada sobre el campo de estudio y las características de los Programas de Transferencia Condicionada de Ingreso se formuló la siguiente pregunta de investigación: **¿Cómo es la comunicación sobre controles de salud en el PTCI “Ciudadanía Porteña” perteneciente al Ministerio del Desarrollo Social de C.A.B.A?**

En una investigación científica todo conocimiento es una respuesta a una pregunta, en tanto que nada es espontáneo y el objeto de estudio es una construcción del investigador (Bachelard, 1979). A partir de esta concepción epistemológica, que entiende que el dato no está en la realidad, sino que es una construcción, se plantean las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cuál es la estrategia comunicacional del Programa Ciudadanía Porteña?
- 2) ¿Qué recursos/espacios utiliza para vincularse con la población y comunicar los requisitos en salud?
- 3) ¿Qué características presentan esos canales de comunicación?
- 4) ¿Cómo circula la información sobre los controles de salud requeridos en el Programa en las instituciones de salud pública?
- 5) ¿Qué concepción de salud implica el Programa Ciudadanía Porteña?
- 6) ¿Qué componentes de promoción y prevención de la salud integran el Programa?
- 7) ¿Cuál es la percepción que tienen las beneficiarias sobre los controles de salud en tanto requisitos del Programa?

Objetivo Principal:

- Describir la matriz comunicacional del Programa Ciudadanía Porteña en relación a sus requisitos de salud.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar el Programa Ciudadanía Porteña haciendo hincapié en sus requisitos en salud.
- Conocer la información sobre controles de salud que recibe la/el titular del Programa en todo el proceso que realiza desde el momento de inscripción.
- Identificar las significaciones atribuidas por parte de las/os titulares a los controles de salud como modalidad de contraprestación requerida.
- Conocer los modos de comunicación sobre el Programa C.P y los controles de salud en las instituciones de salud pública que atienden a las madres y niños.

Capítulo 2

Marco Teórico

Acercamiento conceptual a las Políticas Públicas y Políticas sociales

Para adentrarnos en la temática planteada en torno a las políticas públicas retomaremos la definición que aportan Oszlak y O'Donnell (1981) que, haciendo referencia a las políticas estatales, las definen como una toma de posición que intenta resolver alguna cuestión que ha sido problematizada socialmente. Washington Uranga (2011) acerca una definición de las políticas públicas como un conjunto de decisiones cuyo objetivo es la distribución de determinados bienes y recursos.

El Estado y diferentes organizaciones estatales ocupan un lugar de interventor, y se hacen cargo o no de una problemática que involucra a sectores significativos de la sociedad en un momento histórico y contexto determinado.

Se define a las políticas públicas como un conjunto de objetivos, decisiones y acciones que requieren de la participación del Estado con la intervención de diversos actores sociales. En ese sentido, el espacio público deja de ser coextensivo de lo Estatal para ser un

campo multiactoral donde el Estado sigue siendo el actor más importante pero no el único.

En lo que respecta a las políticas sociales el aporte de Carlos Vilas (1995) nos orienta a construir una mirada de la política social estrechamente asociada a los procesos y estrategias de acumulación de capital, en tanto es política no solo por el recorte temático que le es asignado, sino por su inscripción en una determinada estructura de dominación social y una particular configuración del régimen político. Laurell (citado en Vilas, 1995: 186) afirma que "las alternativas de política social no se debaten principalmente en el terreno técnico (...) sino en el ámbito de los proyectos políticos. Obedecen a concepciones distintas sobre cómo organizar la sociedad y en función de qué intereses satisfacer necesidades".

Siguiendo esta línea, se afirma que la política social consiste en el conjunto más o menos coherente de principios y acciones gestionadas por el Estado, que determinan la distribución y control social del bienestar de una población por (la) vía política (Herrera y Castón, 2003).

Asimismo, las políticas sociales son prácticas estatales que performan lo social al tener la capacidad de construir realidades. El Estado se posiciona como un actor -y un ámbito- en la producción y reproducción de los problemas sociales, en la delimitación de sus responsabilidades, en la definición de los sujetos merecedores de sus intervenciones y de las condiciones para dicho merecimiento. Dichas políticas públicas "hacen sociedad al actuar sobre y ser resultado de los modelos de estructuración y acumulación social, al mismo tiempo operan sobre los aspectos simbólicos de la vida (...)". (De Sena y Mona, 2014:13)

En la presente investigación se parte de la idea que la comunicación es un aspecto central en las políticas públicas que está estrechamente relacionado con la producción, gestión, divulgación y democratización de información, conocimientos y saberes (Bruno y Demonte, 2013). El aporte de la dimensión comunicacional a las políticas públicas es fundamental ya que la comunicación y el acceso a la información son habilitantes de otros derechos básicos.

Una aproximación a los Programas de Transferencia Condicionada

Las transformaciones experimentadas en el patrón de acumulación de capital a partir de la década de 1980 en Latinoamérica tuvieron como consecuencia cambios de equivalente magnitud y proyecciones en el terreno de la política social. Los procesos de desarticulación del mercado laboral, con el efecto del crecimiento de los niveles de desempleo y subempleo, la precarización, el deterioro de los ingresos de los trabajadores, los procesos de desindustrialización y la apertura indiscriminada de las economías alimentaron el crecimiento de la magnitud de la pobreza y las desigualdades sociales.

En este contexto surgieron las primeras implementaciones en la región de América Latina y el Caribe de los Programas de Transferencia Condicionada de Ingreso impulsados por los principales organismos multilaterales de crédito, primero en Brasil (Bolsa Escola, en 1995¹) y México (Plan Progresá, en 1997²) para luego extenderse a otros países de América del Sur y el Caribe.

Recién a principios del nuevo milenio, estas políticas públicas comenzaron a constituirse en opciones de protección social ampliando su cobertura como parte de las estrategias de reducción de la pobreza y desigualdad social, con el objetivo de fortalecer el capital humano de la población destinataria.

Como se ha señalado en la introducción, la principal característica de la mayoría de los PTCI consiste en la entrega de recursos monetarios (transferencias no contributivas) a familias en situación de pobreza que tienen uno o más hijos menores de edad y a mujeres embarazadas, con la condición de que cumplan con ciertos compromisos requeridos que se relacionan principalmente con las áreas de educación, salud y nutrición (por ejemplo, que los niños concurran a la escuela o a los centros de salud con fines preventivos y de atención primaria).

En cuanto a la población objetivo, si bien reviste diferencias de un país a otro, en general los PTCI se dirigen a la familia en su conjunto –con menores a cargo– como beneficiaria del plan. La particularidad en la definición de familia como destinataria de estos programas se relaciona con el rol de la mujer como madre, administradora del ingreso recibido y principal responsable de llevar a cabo las contraprestaciones que exigen los programas.

La tercera característica de los PTCI es la adopción de criterios técnicos para la selección de los destinatarios a través de la focalización según unidades geográficas y condiciones de vida.

Según la Base de datos de Programas de Protección social no contributiva en América Latina y el Caribe de la CEPAL (2011) los PTCI operan en la actualidad en 18 países de la región y benefician a más de 25 millones de familias (alrededor de 113 millones de personas), es decir, el 19% de la población de América Latina y el Caribe, a un costo que ronda el 0,4% del PIB regional.

En Argentina, se desarrolló la primera experiencia masiva de PTCI con el Plan Trabajar (1996), el cual proveía a jefes de familia con necesidades básicas insatisfechas una ocupación transitoria en el área de la construcción y el mantenimiento de infraestructura comunitaria.

¹ En la actualidad devino en un programa de cobertura más amplia con el nombre de Bolsa Familia.

² En marzo de 2002 PROGRESA cambió el nombre a Desarrollo Humano Oportunidades, e introdujo varios cambios a sus objetivos y características operativas, incluyendo su expansión a áreas urbanas. En septiembre de 2014 se modificó nuevamente para dar paso al programa PROSPERA, el cual constituye una nueva fase de Oportunidades.

A raíz de la crisis económica y social que atravesó el país en el año 2001 y la profundidad del deterioro de la situación social, el gobierno nacional implementó, en el año 2002, el programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (PJJHD). Este programa de transferencias monetarias se caracterizó por su extensa cobertura (alcanzó a cubrir casi 2 millones de hogares, el 20% de los existentes en el país) e incorporó la introducción de contraprestaciones, tanto laborales (como en el Plan Trabajar) como educativas (Cruces, 2008).

Para el año 2006 se planteó una estrategia gradual de salida del PJJHD mediante la creación de dos programas: el Seguro de Capacitación y Empleo (SCyE) y el Programa Familias por la Inclusión Social (denominado habitualmente Plan Familias).

En la actualidad, funcionan a nivel nacional la Asignación universal por Hijo para Protección social (2009) y la Asignación por embarazo para Protección Social (2011) bajo la dependencia directa de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) y en la Ciudad de Buenos Aires el programa Ciudadanía Porteña-*Con todo derecho* (2005) y el programa Ticket Social (2008) dependientes del Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad de Buenos Aires.

La literatura existente en PTCI aporta lecturas diversas y nudos de discusión en torno al carácter de la corresponsabilidad que plantean dichos programas. La existencia de estas condicionalidades es uno de los puntos controvertidos de los PTCI, principalmente alrededor de pensar si puede condicionarse o no un derecho. Los principales argumentos a favor y en contra surgen de la perspectiva económica y del enfoque de derechos, respectivamente.

Desde el enfoque del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) existen dos argumentos que favorecen la imposición de condicionalidades para el acceso a las transferencias monetarias: “en primer lugar, si la inversión privada en capital humano entre los pobres es subóptima desde un punto de vista social y, en segundo lugar, si se necesitan condiciones por razones de economía política, es decir, si la redistribución es políticamente viable sólo si está condicionada al “buen comportamiento” (BM, 2009).

Para el BM la condicionalidad es un elemento que implica “responsabilidad” por parte de los beneficiarios y permite que los PTCI superen el asistencialismo social.

Desde la perspectiva de autores como Cecchini y Madariaga (2011) se sostiene que el concepto de corresponsabilidad implica que tanto los destinatarios como el propio Estado deben comprometerse en las acciones que el programa requiere ya que las condiciones refuerzan y protegen el capital humano. Esta línea refiere a una noción de la política social como una combinación entre lo público y lo privado.

Acerca de cómo pensar la Pobreza

El modo en que se concibe la pobreza resulta fundamental para la definición de las políticas sociales. En este sentido es central el aporte de Scribano (2002; 2008) al expresar que toda conceptualización acerca de las condiciones de pobreza, o la cuestión social, significa ya una manera de abordarla.

Las contraprestaciones que caracterizan los PTCI dan cuenta de una visión de la pobreza entendida como carencia de activos y oportunidades, cuya resolución puede encontrarse en la inversión en el capital humano de los pobres (Puello Socarrás; Gunturiz, 2013).

Sonia Álvarez Leguizamón (2011) realiza un análisis de la discursividad de los PTCI afirmando que las condicionalidades que requieren estos programas implican una visión de la pobreza que la entiende como una cuestión individual y no social, y producto del resultado del déficit de capital humano en individuos y hogares.

Por su parte, los métodos de selección y focalización refieren a una definición tradicional de pobreza de ingresos medida con respecto a una línea dada por el costo de una canasta básica para un adulto equivalente y de necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Diferenciándose de esta perspectiva se ubica aquella mirada que observa los PTCI y sus responsabilidades haciendo hincapié en la incapacidad que muestran para hacer frente al carácter estructural de la pobreza (Zibecchi, 2011; Puello-Socarrás y Gunturiz, 2013). Esta lectura implica una visión de la pobreza como producto de relaciones de sociales asimétricas (de dominación y explotación social).

Numerosos estudios sobre la pobreza que se ubican dentro de la perspectiva de la teoría de la dependencia plantean que los problemas de la pobreza no son de los individuos ni tampoco se deben a la falta de cohesión social, sino que son producto de relaciones de dominación y explotación social local en el marco de relaciones geopolíticas de transferencia de excedentes hacia países centrales mediante el despojo de los medios de subsistencia básicos (Álvarez Leguizamón, 2011).

En este sentido, la pobreza no es tanto una relación con (la ausencia de) ciertos bienes, como una relación social, económica y política.

Como sostiene Zibecchi (2011: 3) en este tipo de programas “(...) no se consideran los obstáculos objetivos, por ejemplo, imposibilidad de pagar un bono de contribución a los efectores en salud, como tampoco aquellos obstáculos simbólicos y reales –por ejemplo, desacreditaciones y estigmatizaciones- que sufre y enfrenta la población asistida, demandante de servicios de salud, al momento de acceder a los mismos”.

Por último, resulta fundamental reflexionar sobre el papel central de la mujer como responsable del cumplimiento de las contraprestaciones, y las visiones dispares que esta situación ha tenido. Por un lado, se ubica aquella lectura de autores que consideran que el rol de

la mujer en los PTCI contribuye a “empoderar” a las mujeres en las decisiones del hogar, por ser quienes manejan los ingresos transferidos (León, 2008). Por otra parte, se advierten aquellas visiones que consideran que este requerimiento subsume a la mujer y refuerza su rol tradicional en el ámbito doméstico y la desigualdad de género. Esta situación se fundamenta en el hecho de que las mujeres se incorporan a estos programas para aumentar el capital humano de sus hijos y no el propio (Molyneux, 2007). Se cuestiona que las obligaciones y condicionalidades de los programas refuerzan las actividades de cuidado que tradicionalmente han limitado la inserción de la mujer en el mercado del trabajo. En esta línea de pensamiento crítico se inscriben Laura Pautassi y Carla Zibecchi, quienes hacen un análisis desde un enfoque de derechos a las políticas sociales y género.

Acercamiento al concepto de Comunicación

Al tratar de precisar la relación entre Comunicación, Programas sociales y Salud, puede tenerse la tentación de examinar una definición de comunicación más o menos exacta. Sin embargo, resulta más interesante pensarla que intentar definirla.

En ese sentido, la presente tesina parte del aporte Anibal Ford (2002:72) quien afirma que:

Cualquiera que se enfrente con los conceptos de cultura, comunicación e información, se va a encontrar con una enorme cantidad de definiciones: unas veces complementarias, otras en pugna. Esto podemos entenderlo como una dificultad epistemológica o como la riqueza de conceptos que cruzan todas las prácticas y artefactos humanos. Es decir que se caracterizan por su transversalidad, una característica que no es sencilla y que incluye un complejo campo de saberes.

Pueden esbozarse esquemáticamente dos formas de pensar la comunicación que coexisten históricamente: por un lado, aquella mirada que la asocia al acto de informar, de transmitir, de emitir; por otro lado, la comunicación entendida como diálogo, intercambio y relación de compartir.

Estas dos concepciones implican perspectivas teóricas y modelos puntuales de comunicación. Se ha de tener en cuenta que flujos y reflujos de problemáticas prohíben concebir una aproximación estrictamente cronológica o lineal de la historia de las teorías de la comunicación (Mattelard, 1995).

La primera concepción, que podríamos denominar instrumental, encuentra su sustento teórico en las teorías de la información surgidas en las primeras décadas del siglo XX y refiere al esquema comunicacional emisor/mensaje/receptor que entiende a la comunicación como transmisión de información de un emisor que envía su mensaje a un receptor. Se caracteriza a esta comunicación como unidireccional porque fluye en una sola dirección. La información que se difunde es prescriptiva: dice lo que hay que hacer para alcanzar una situación que ya se definió como modelo (Massoni y Mascotti, 2001). Asocia y reduce la comunicación al uso y manejo de técnicas, medios y soportes.

Se pueden ubicar dentro de esta primera perspectiva el modelo de abordaje Pragmático, que se basa en la transmisión eficaz y eficiente de la información. Dentro de esta corriente se encuentran los estudios de Claude Shannon y Warren Weaver que proponen un esquema lineal pensado para máquinas (cibernética) en el cual la comunicación resulta exitosa cuando el destinatario recibe exactamente el mensaje emitido, sin importar el sentido. Como parte del mismo se posiciona el enfoque (procedente de una epistemología psicológico-conductista) que considera a las audiencias como un blanco amorfo que obedece al esquema estímulo-respuesta. Caracterizado por Laswell como Modelo de la Aguja Hipodérmica, piensa a la comunicación a partir de un mensaje (estímulo) que provoca una reacción en el emisor.

Por otra parte, se puede señalar la teoría de los Efectos Limitados, que si bien mantiene un esquema comunicativo unidireccional hace énfasis en la influencia que se construye en las relaciones comunitarias. Coexiste en el mismo abordaje el Enfoque de la Influencia Personal, con autores referentes como Lazarsfeld y Merton, quienes a través de la propuesta de la teoría de la Comunicación a dos pasos postulan que los mensajes siguen un flujo en etapas que contemplan las relaciones interpersonales, donde se sitúan los líderes de opinión y el vínculo entre éstos y las personas menos activas, quienes podrán ser influidas por su accionar.

La teoría funcionalista, en sus diferentes etapas, va a influenciar los modelos y perspectivas señaladas. El funcionalismo se asienta en las ciencias naturales, que eran las ciencias que hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX alcanzaron un gran desarrollo teórico-metodológico, consiguiendo avances muy relevantes en distintas disciplinas. Contiene como marcos teóricos de referencia: la corriente positivista de Auguste Comte; el pragmatismo filosófico, cuyo referente principal es Charles Sanders Peirce; y el conductismo psicológico, que tiene como referente a Charles Watson.

Siguiendo el análisis de Jesús Martín Barbero (1987) entendemos que el modelo informacional deja afuera el análisis de las condiciones sociales de producción. En ese sentido el autor sostiene que “el deslinde operado por el modelo informacional deja demasiadas cosas fuera. Y no sólo la cuestión del sentido, sino la del poder. Queda fuera toda la gama de preguntas que vienen de la información como proceso de comportamiento colectivo. Queda fuera el conflicto de intereses que juegan en la lucha por informar, producir, acumular o

entregar información, y por consiguiente los problemas de la desinformación y del control” (p.3).

Entonces, desde otra mirada se ubica la concepción que, sin desconocer los elementos señalados, entiende que la comunicación va más allá del mero circuito lineal de transmitir información. Concibe a la comunicación en el campo de las prácticas sociales configurándola como “proceso” (Albardonedo y Cuberli, 2011).

Los Estudios Culturales, las Teorías del discurso y las Teorías de la recepción aportaron los fundamentos conceptuales para el surgimiento de una perspectiva, que puso el foco en las relaciones a través de las cuales se construye el sentido en una sociedad.

En lugar del esquema lineal de emisor-estímulo-respuesta, la perspectiva relacional contempla un circuito constituido por las instancias de producción, circulación y reconocimiento. Estas instancias no son consideradas como estáticas, sino que se enmarcan en un conjunto de condiciones de tiempo, espacio y relaciones sociales que son dinámicas.

Esta tesina piensa la comunicación como espacio estratégico de intervención en las dinámicas socioculturales. La comunicación se desarrolla en un contexto y es en el momento de esa comunicación cuando cada persona pone en juego su bagaje sociocultural, sus experiencias, su *habitus*³, su sistema de valoraciones, sus representaciones y sus formas de conocimiento e interacción.

En ese sentido coincidimos con Prieto Castillo (1999) en que se debe analizar el sentido que los diferentes actores producen en una determinada situación social (en el caso que propone esta investigación respecto a los procesos de salud, atención y cuidado) a partir de sus contextos y de sus propias historias personales.

La comunicación no puede ser entendida apenas como instrumentos o habilidades sino a partir de una mirada más compleja, pensándola como una dimensión transversal de la vida de las personas y de la cultura que entreteje las relaciones sociales (Uranga y Díaz, 2011).

Para analizar este proceso es imprescindible usar la categoría “mediación” porque ella nos instala en la dimensión comunicativa como momento relacionante de la diversidad sociocultural (Massoni y Mascotti, 2001). El enfoque de las Mediaciones constituido por los aportes de Martín Barbero, Juan Martín Serrano y Rossana Reguillo Cruz postula una comunicación mediada desde la política, la sociedad, la cultura y la subjetividad.

Al hablar de mediaciones sociales se hace referencia a la familia, la escuela, los grupos de pertenencia, los líderes vecinales, referentes comunitarios, compañeros de trabajo, es decir, los espacios compartidos por una comunidad. Massoni y Mascotti señalan que estos espacios de resignificación permanente son conflictivos, no lineales, de imbricación de actores, prácticas e

³ El habitus se define como un sistema de disposiciones durables y transferibles -estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir" (Bourdieu, 1972: 178).

imaginarios, imposibles de reconocer como extremos diferenciados o polos porque se presentan funcionando en la trama social.

La mediación es un concepto que permite pensar a la comunicación haciéndose, para dar cuenta de su complejidad. Es desde esta perspectiva relacional que se profundizará en el análisis de la comunicación en salud.

Habitus y Campo, categorías para entender las prácticas y esquemas perceptivos

La teoría sociológica de Bourdieu, servirá como sustento para el análisis, a partir de dos de sus categorías centrales: *habitus* y *campo*.

Por *habitus* Bourdieu entiende el conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él. Estos esquemas generativos están socialmente estructurados: han sido conformados a lo largo de la historia de cada sujeto y suponen la interiorización de la estructura social, del campo concreto de relaciones sociales en el que el agente social se ha conformado como tal. Pero al mismo tiempo son estructurantes: son las estructuras a partir de las cuales se producen los pensamientos, percepciones y acciones del agente.

Esta noción nos permite recorrer los esquemas prácticos de percepción de los sujetos durante la investigación en relación al Programa, a los controles de salud como requisito y a las concepciones de salud puestas en juego, ya que el concepto de *habitus* interviene como mediador entre lo subjetivo y lo objetivo (determinantes estructurales).

El concepto de *campo* es indisociable del de *habitus* (y el del *capital*). Esta categoría se utilizará para definir el campo de la salud. No se profundizará en un análisis de la presente tesina en las posiciones al interior del campo, sino que servirá para describir el subsector público de salud, sus articulaciones con el Programa Ciudadanía Porteña y las trayectorias de las beneficiarias en el mismo.

Siguiendo a Spinelli (2011) se aborda la salud a partir del concepto de campo y no de sistema, entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (Bourdieu, 1997).

Acerca de cómo pensar las relaciones entre Comunicación y Salud

Se concibe a la salud como un derecho humano básico e imprescindible para el bienestar y desarrollo social, lo cual promueve a pensar el encuentro entre comunicación y salud como una realidad presente en la vida cotidiana de los sujetos.

La salud entendida como fenómeno social es una práctica social atravesada por procesos comunicacionales. La dimensión comunicacional está presente en diferentes situaciones del proceso de salud/enfermedad/atención. Los individuos interpretan y comprenden los mensajes vinculados con la salud desde el espacio que generan las relaciones en la vida cotidiana, desde las marcas de la cultura que lo constituyen y desde el sistema de relaciones que, a modo de tejido social, los contiene.

La salud es un campo constituido por complejidades, que contiene una historia de prácticas y representaciones, por tanto, resulta importante comprender y acotar este concepto que ha experimentado un proceso de revisión constante.

En la antigüedad estar sano equivalía a poder desarrollar las actividades cotidianas. Alguien con capacidad para el trabajo y las relaciones familiares y sociales era considerado sano, aunque padeciese algunos de los procesos que hoy consideran enfermedades. Ello indica una noción de salud compatible con el sufrimiento de algunas molestias, siempre que no afectaran la posibilidad de realizar la actividad ordinaria (Meneu,s/f).

Con el advenimiento de la medicina científica se generalizó una visión fisiologista que describe la salud en oposición a la enfermedad. El estado de salud se define como “ausencia de enfermedad”. Esta concepción responde a un patrón biomédico de pensamiento centrado en el saber científico y el tratamiento de la enfermedad desde la evidencia clínica. Según las investigadoras Ghitia, Diez, Jait y Oliva (2011) este modelo médico hegemónico predominó en el desarrollo de los sistemas sanitarios de nuestro país, centrado en el individuo como sujeto desvinculado de su contexto social e histórico.

La definición actual de salud de la OMS, enunciada en 1948, describe la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁴ En este sentido, expresa la salud en términos positivos.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 se menciona por primera vez a la salud como un derecho humano fundamental (art. 25). El derecho a la salud también fue reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966.

Ciertas lecturas y representaciones en torno a la salud la entendieron como un proceso de adaptación individual y una forma de vida. Last, en su diccionario de Epidemiología la define como “equilibrio dinámico en el que la capacidad de un individuo o de un grupo para enfrentarse a todas las circunstancias de la vida se encuentran en un nivel óptimo” (Colomer Revuelta, 2000 citado en Moral, Grande Gascón y Linares Abad, 2014).

⁴La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

En contraposición con la visión individualista, en los años setentas del siglo XX en América Latina se desarrolló un pensamiento crítico que ha conformado una corriente teórica con raíces sociales profundas que ha sido caracterizada como Medicina Social Latinoamérica. Esta corriente presenta una posición crítica frente a las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales que desarticulan a la salud/enfermedad de los procesos sociales, naturalizan lo social e individualizan los fenómenos, cuyo proceder metodológico es propio de las ciencias naturales (Laurell, 1994). Desde la medicina social se reconoce el carácter social del proceso de salud-enfermedad vinculando las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones con los problemas de salud. En este sentido afirma que las desigualdades sociales trazan las desigualdades en salud.

La presente investigación entiende a la salud en concordancia con los planteos de Menéndez (2003) quien propone concebirla de forma holística como parte de un proceso relacional: el de salud/enfermedad/atención. Salud y enfermedad son momentos de un mismo proceso donde se encuentra la atención, no sólo en su dimensión curativa, sino en las dimensiones sociales y culturales que generalmente se presentan ocultas por la mirada médica-biologicista (Barzani et al, 2001 citado en Petracci, Cuberli y Palopoli, 2010). El complejo de cualidades culturales, donde emergen con fuerza las relaciones de género y el rol de las mujeres en el cuidado familiar y colectivo en general (Ludueña, Olson y Pasco, 2005), así como los valores de tipo étnico, religioso y de corte generacional, no son elementos ajenos a la salud, sino constituyentes de la misma (Lê, 2006 en Pedrosian, 2013).

Entre los antecedentes de esta concepción resulta fundamental citar un hito en la historia de la Salud Pública, el llamado Informe Lalonde (1974), cuyos resultados ponen de manifiesto el enfoque multicausal del proceso salud-enfermedad a través de la interrelación compleja de cuatro grandes determinantes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema de atención sanitaria. El siguiente antecedente es la Declaración de Alma Ata (Rusia, 1978) realizada por la Organización Mundial de la Salud. El documento fundacional de la Declaración proclama a la salud como un derecho humano y fundamental para el desarrollo humano.

El reconocimiento de los determinantes sociales de los procesos de salud y enfermedad permiten la articulación de la medicina con las ciencias sociales y el estudio de las condiciones de vida, conductas y factores de riesgo. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2007). La actuación sobre los determinantes sociales de la salud, o "las causas de las causas", busca incidir sobre los diferentes elementos que condicionan la salud de las personas. Se trata de un complejo entramado de elementos que determinan la salud individual y colectiva:

el entorno ambiental y laboral, el acceso a educación, la renta percibida, los servicios sanitarios, entre otros (Díaz, 2012).

No obstante, siguiendo a Fernando De Maio (2010) se puede afirmar que cierta perspectiva individualista continúa en vigencia, siendo que “gran parte del discurso contemporáneo sobre salud gira en torno a las “elecciones” individuales del estilo de vida, y la genética. Desde este punto de vista la salud es una preocupación personal” (p.196). El autor sostiene que esta perspectiva resulta ahistórica y apolítica al no considerar cuestiones de poder e inequidad.

Se revisa el aporte de Menéndez (1988) para describir las modalidades mediante las cuales los paradigmas del proceso de salud-enfermedad -atención se implementan en la práctica. El autor define tres modelos de atención de la salud. En primer lugar describe el Modelo Médico Hegemónico que refiere a un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.

Este modelo se encuentra en la base de la mayoría de los sistemas de salud y sus rasgos estructurales son: el biologismo, el individualismo, la ahistoricidad y la asimetría médico-paciente. Por otro lado, detalla el Modelo Médico Alternativo Subordinado, en el cual se integran las prácticas reconocidas como tradicionales y médicas de alta complejidad y que han sido estigmatizadas. Por último, hace referencia al Modelo de Autoatención que se basa en el diagnóstico y la atención realizados por la persona o personas de su grupo parental o comunal y en el cual no actúan de forma directa curadores profesionales.

Estos modelos guiarán la presente investigación en cuanto a la descripción de las concepciones de salud que implica el Programa Ciudadanía Porteña y la visión de los diferentes actores que intervienen.

La señalada evidencia de los determinantes sociales de la salud impulsaron durante las últimas décadas del siglo XX el movimiento de Promoción de Salud a través de propuestas Internacionales promovidas desde la OMS, entre ellas la Conferencia de Ottawa y la redacción de la Carta de Ottawa de Promoción de Salud en 1986. El desarrollo de la comunicación como campo de análisis e intervención en las estrategias y programas de salud pública se vincula con

los cambios en el propio concepto y la incorporación de la Promoción de la salud como estrategia de prevención de la salud.

El cruce entre comunicación y salud se ha ido nutriendo de teorías, metodologías, políticas, prácticas, actores, instituciones, tecnologías, agendas, relaciones de poder y disputa de sentidos, en un marco de escenarios sociales complejos (Lois y Maier, 2012).

Siguiendo a Díaz (2011) se utilizará el término “comunicación para la salud” para hacer referencia a este campo de estudio, porque se entiende que “es el que mejor expresa su voluntad de intervención y cambio social” (pp.33).

A trazo grueso se podrían trasladar las dos concepciones comunicacionales señaladas al inicio al ámbito de la comunicación para la salud. En el caso de la concepción instrumental, se concretó en prácticas en las que el objetivo era difundir las actividades de determinado programa de salud entre la población a través de los medios masivos de comunicación durante la implementación de las acciones.

En línea con el aporte de Menéndez en relación a los paradigmas de salud y el modelo médico hegemónico, Briggs (2005) propone pensar la similitud (en cuanto al modo de operar) con los Modelos Comunicativos Hegemónicos. Según el autor, las ideologías hegemónicas consideran la comunicación como un proceso lineal y unidireccional, en el cual los mensajes son producidos por expertos, distribuidos y recibidos.

Desde otra perspectiva, que piensa la comunicación de modo relacional, las iniciativas en comunicación apuntan prioritariamente a conocer los lenguajes, el modo de relacionarse y las vincularidades existentes en cada comunidad para desde allí trabajar las problemáticas de salud sin escisión posible del espacio de lo cotidiano, de la cultura local, como ámbito ineludible de la representación de los problemas (Uranga y Díaz, 2011)

En este sentido, siguiendo a Ianina Lois (2013) resulta interesante pensar una mirada que integre ambas perspectivas (instrumental y relacional) entendiendo los procesos comunicacionales de salud-enfermedad-atención en términos de producción, intercambio y negociación de significados y formas simbólicas, mediados por instrumentos y herramientas diversas. En las sociedades complejas en las que vivimos necesitamos de instrumentos y herramientas para que la condición de la información como garantía del derecho a la salud sea posible, por lo cual los instrumentos son parte necesaria de la dimensión relacional.

Capítulo 3

Abordaje metodológico

El conocimiento social supone construcción y ruptura epistemológica, lo que conlleva necesariamente una reflexión teórica y un análisis empírico (Bourdieu, 1975). Se trata de un proceso relacional que se desdobra en un sujeto reflexivo y en un objeto reflexivo, los cuales se implican y se exigen mutuamente, constituyen momentos dialécticos de una misma identidad, el sujeto-investigador es interior al objeto social, es parte y función, y el objeto es interior al sujeto-investigador, el orden social es parte de él (Ibañez, 1990: 5). Ello implica la necesidad de pensar la relación del investigador con su objeto y una constante vigilancia epistemológica (Bourdieu, 1975) sobre las condiciones de empleo de las técnicas, su pertinencia respecto al problema planteado y las elecciones teóricas de construcción del objeto.

En línea con el objeto de estudio y la pregunta de investigación que plantea la presente tesina, se propuso un diseño de investigación basado en una estrategia cualitativa. La perspectiva cualitativa busca aportar al conocimiento de los procesos por los que atraviesan los diferentes actores sociales y su particular manera de procesar y comprender su vida cotidiana otorgándole sentido (De Sena, 2012). Se interesa, en especial, por la forma en que el mundo es comprendido, experimentado, producido; por el contexto y por los procesos; por la perspectiva de los actores sociales, por sus sentidos, por sus significados y por su experiencia (Vasilachis, 2006). Es decir, se incorpora la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones, y a las estructuras sociales, siendo estas últimas tomadas tanto en su origen como en cuanto en su transformación, como construcciones humanas significativas (Souza Minayo, 1995).

La investigación cualitativa es interpretativa, inductiva, multimetódica y reflexiva. Emplea métodos de análisis y de explicación flexibles y sensibles al contexto social en el que los datos son producidos. Asimismo, privilegia la profundidad sobre la extensión e intenta captar los sutiles matices de las experiencias vitales (Whittemore, Chase y Mandle, 2001: 524 citado en Vasilachis, 2006). La flexibilidad de los diseños cualitativos constituye una ventaja en estudios como este, en el que se trata de explorar un “campo” relativamente nuevo.

Asumir un enfoque cualitativo implica ubicarnos en el paradigma de la comprensión. Es decir, conocer a partir de la posibilidad de recrear lo que los individuos y grupos sociales piensan, creen y sienten. Es sobre esta base y sobre el conocimiento del contexto como podemos interpretar el recorte de lo social que enfocamos (Kornblit, 2004). Gurvitch (1955 citado en Souza Minayo, 1995:19) nos dice que la realidad tiene estratos y la gran tarea del investigador es de aprender más allá de lo visible, de lo “morfológico y de lo ecológico” (que

pueden ser entendidos cuantitativamente) los otros niveles que interactúan y que vuelven lo social más complejo.

Tipo de estudio y diseño

Para arribar a los objetivos planteados se diseñó un estudio exploratorio – descriptivo de corte transversal. (Dankhe, 1986; Sampieri, 2006).

Es una investigación que estudia la situación, sin manipular variables. Se propuso un diseño exploratorio ya que, como se especificó en el Estado de arte, si bien la temática de los PTCI ha sido abordada y estudiada, está poco explorado el aspecto comunicacional sobre el componente de salud de este tipo de políticas sociales. De esta manera, este abordaje constituye un primer acercamiento al tema.

Por su parte, la aproximación descriptiva refleja el interés y necesidad de captar, describir y comprender las características de los procesos comunicacionales, la percepción del sujeto investigado y el sentido de su experiencia.

Esta mirada cualitativa del universo a analizar, entiende que los sujetos involucrados en el Programa –las beneficiarias, los técnicos y agentes y los profesionales de la salud y servicios sociales- se transforman en actores fundamentales de la realidad abordada.

Si bien un relevamiento de datos e información (documentos, estadísticas sociodemográficas y vitales, censos, datos provenientes de estudios anteriores) nos proveen un primer “pantallazo” situacional que posibilita realizar una contextualización del territorio y un análisis sociodemográfico y de las condiciones estructurales de vida de la población, la indagación cualitativa como fuente primaria permite una percepción más rica y compleja de la situación comunicacional analizada a partir de una comprensión de las significaciones y percepciones de las personas dentro de su propio marco de referencia.

Estrategias de acceso y análisis

La estrategia de análisis planteada aplicó algunos elementos del estilo de investigación cualitativa denominado Teoría Fundamentada (Glasser y Strauss, 1967) que ofrece un procedimiento para analizar los datos y obtener conceptos teóricos. La elección de este abordaje se justifica ya que postula un procedimiento factible de ser puesto en práctica. La estrategia para el análisis de los datos desde esta perspectiva es la comparación constante y el muestreo teórico. La primera sostiene que se deberá preceder recogiendo, codificando y analizando los datos de manera simultánea, llegando a esbozar una teoría de corto alcance o sustantiva. Las categorías deberán surgir de los datos (procedimiento de ajuste) y deberán explicar el fenómeno estudiado (procedimiento funcionamiento). En tanto, la estrategia muestreo teórico, esbozada por Glasser y Strauss (1967), se refiere a seleccionar los casos según su potencial para ayudar a clarificar o

complementar los conceptos (teorías) ya esbozados, hasta llegar a la saturación teórica, es decir, cuando adicionar nuevos casos a la muestra no agregue nuevos hallazgos.

La selección de las unidades de información y de análisis fue intencional, y el tamaño de la muestra estuvo determinado por la saturación teórica. La muestra cualitativa tiene una forma de espiral que se contrae y vuelve sobre sí, en tanto círculo virtuoso de información. De este modo, la selección de un sujeto se basa en lo que se ha encontrado en el sujeto anterior más que en un plan rígidamente concebido (Scribano, 2007).

De acuerdo a los objetivos se delineó como población a observar las mujeres embarazadas o con hijos, en situación de pobreza, que perciben el PTCI Ciudadanía Porteña y/o su complemento Red Primeros meses, que habitan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante C.A.B.A) en el 2015.

Considerando la población de estudio, la unidad de observación quedó comprendida por cada una de las mujeres, embarazadas o con hijos beneficiarias del programa Ciudadanía Porteña y su complemento Red Primeros meses, residentes de la C.A.B.A en el 2015, incorporadas en la muestra.

Los factores de inclusión fueron: ser mujer, residir en C.A.B.A, hijos menores a 18 años o embarazada, que sea beneficiaria del programa Ciudadanía Porteña y/o su complemento Red Primeros meses.

Se definieron cinco unidades de información, compuestas por:

- Cada una de las mujeres, embarazadas o con hijos que beneficiaria del programa Ciudadanía Porteña y su complemento Red Primeros meses, residentes de la C.A.B.A en el 2015, incorporadas en la muestra.
- Médicos/as pediatras de hospitales públicos de C.A.B.A. que atienden a beneficiarios de C.P.
- Médicos/as pediatras de Centros Médicos Barriales de la C.A.B.A que atienden por Cobertura Porteña de Salud a beneficiarios de C.P.
- Médicos/as pediatras y neonatólogos de los Centros de Atención Primaria (CESAC) de la C.A.B.A. donde concurren beneficiarios de C.P
- Trabajadores/as sociales de CESAC y de Hospitales públicos de la C.A.B.A.

Los instrumentos de recolección de información enmarcados desde un abordaje cualitativo se constituyen en una relación intersubjetiva. Siguiendo a Scribano (2007) se podría afirmar que son una interrelación en sí mismos. El autor sostiene que: “el investigador se encuentra con sujetos, cuerpos, artefactos directamente en una relación a cara descubierta. Estos rostros y estas acciones viven y reproducen todas las facetas de una relación intersubjetiva cualquiera; lo que la particulariza es su intencionalidad negociada” (p.33).

En coherencia con el marco teórico y el objeto de estudio se utilizaron las siguientes técnicas:

✓ **Recopilación documental y análisis de datos secundarios** con el objetivo de reconstruir las condiciones estructurales de vida de los hogares que perciben los ingresos del Programa Ciudadanía Porteña a partir de:

▪ Indicadores sociales de C.A.B.A provenientes del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, Encuesta Anual de Hogares 2014 y Encuesta Trimestral de Ocupación e Ingresos 2014.

▪ Estadísticas vitales y Análisis de condiciones de salud de C.A.B.A.

▪ Informes de evaluación del Programa Ciudadanía porteña del Área Monitoreo y Evaluación, Subsecretaría de Administración Ministerio de Desarrollo Social.

▪ Monitoreo mensual del Programa Ciudadanía Porteña del Área Monitoreo y Evaluación, Subsecretaría de Administración Ministerio de Desarrollo Social.

✓ **Análisis de contenido de la Página WEB** del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, específicamente la sección destinada a Ciudadanía Porteña. Con todo derecho: www.buenosaires.gob.ar/desarrollosocial/ciudadaniaportena

Este breve análisis se enfoca en función del objetivo de investigación, en una descripción del contenido de la comunicación en aspectos de salud de la web desde dos puntos de abordaje: su contenido y su usabilidad.

✓ **Observaciones no participantes**

Se decidió realizar observaciones no participantes, lo cual implicó un posicionamiento externo a la situación, con la intención de observar las prácticas de los participantes, el contexto de interacción, el ambiente, los tiempos, los comportamientos y el entramado de intercambios simbólicos, mediante un registro de notas organizadas y estructuradas, que facilitó posteriormente el desarrollo de una narración acerca de los diversos aspectos relacionados con la comunicación de los controles de salud.

▪ En centros de salud públicos de la Ciudad de Buenos Aires con el objetivo de observar el material gráfico y la comunicación sobre Ciudadanía Porteña y salud en los vacunatorios, áreas de servicio social dentro del hospital y salas de espera de los consultorios de pediatría.

▪ En salas de espera de la Sede de Atención del Ciudadanía Porteña ubicada en la calle Salguero 979 (Palermo) y la Dirección General de Ciudadanía Porteña en Curapaligüe 525

(Flores). Se realizó con el fin de establecer un contacto directo situaciones y beneficiarias a los fines de describir actividades concretas y comprender la problemática.

✓ **Entrevistas semi-estructuradas**

En la entrevista, en tanto conversación sistematizada, nos encontramos en una situación de interacción social en la que el entrevistador busca que su entrevistado “desentierre de la memoria parte de su vida y de su experiencia, que tiene marcados contenidos emocionales” (Sautu, 1999: 43).

Las tres guías de pautas se construyeron de manera flexible, ya que se constituyeron de los tópicos, que no respondieron necesariamente a un orden, sino que funcionaron como temas ordenadores de la interacción teniendo como sustrato los supuestos teóricos en los cuales la investigación se asienta.

- Se entrevistó a catorce madres (tres de ellas también abuelas) titulares del programa Ciudadanía Porteña y/o Red Primeros Meses y encargadas de los cuidados y controles de salud de sus hijos.

Las mujeres fueron contactadas en las Oficinas de Atención del Programa (sedes). La duración de las entrevistas promedio fue de 30 minutos.

La decisión de trabajar con entrevistas en esta población es coherente con una aproximación metodológica que buscó conservar el lenguaje original de los sujetos, indagar su definición de la situación comunicativa, los imaginarios sociales en relación a la salud y sus trayectorias en los sistemas de salud, las subjetividades en torno al Programa y los condicionamientos estructurales que están puestos en juego.

- En lo que respecta a los agentes del Programa se realizaron entrevistas a la coordinadora del Ciudadanía Porteña, a la coordinadora de la Red Primeros Meses y a dos técnicos del Programa que se encargan atención, entrevistas y alta de bebés.

- En el ámbito de la salud se entrevistó a cuatro profesionales: una médica pediatra que trabaja en el Centro Médico Barrial N°20 ubicado en Mataderos y es coordinadora del Departamento de Promoción de la salud del Hospital Santojanni, un médico pediatra del Centro Médico Barrial N°3 ubicado en el barrio de Liniers que atiende a población de la zona de Liniers, Floresta y Villa Luro y depende del Área Programática del hospital Vélez Sarsfield, una médica neonatóloga y pediatra que trabaja en el CESAC N°4 ubicado en Mataderos dependiente del Área Programática del hospital Santojanni, el cual atiende población de Mataderos, Villa Lugano (barrio Inta) , Parque Avellaneda, y del Conurbano Bonaerense y una médica pediatra

directora del CESAC N°19 ubicado en Bajo Flores, el cual depende del Área Programática del Hospital Piñero y recibe población de Bajo Flores, Parque Chacabuco y Nueva Pompeya.

- Asimismo, se hicieron entrevistas con tres trabajadoras sociales que se desempeñan en el servicio social del Hospital Santojanni y del CESAC N°4.

Se realizó un trabajo de campo extenso con una duración aproximada de seis meses: de febrero a julio del 2015. En todos los casos los entrevistados se mostraron muy receptivos y contribuyeron en la investigación brindando los contactos de otros posibles entrevistados.

Una vez realizadas la totalidad de las entrevistas, se procedió a la desgrabación del material recopilado.

El análisis se realizó con el apoyo del Software ATLAS.Ti versión 5.0. Su utilización se justifica debido a que este Software resulta una herramienta que permite expresar el sentido circular del análisis cualitativo, por cuanto otorga la posibilidad de incorporar secuencialmente los datos, sin la necesidad de recoger todo el material en un mismo tiempo. Por esta razón permite llevar a cabo el muestreo teórico necesario para realizar el análisis. Cabe aclarar que el programa es solamente una herramienta que permite realizar un trabajo de codificación, sistematización, categorización y creación de redes de relaciones, diagramas de flujo y mapas mentales, pero que naturalmente requiere un trabajo artesanal, creativo y reflexivo del investigador.

Al final del trabajo se incluye un anexo que contiene la codificación realizada y las redes conceptuales construidas a partir de su agrupación en categorías analíticas.

Cabe aclarar que durante la presente investigación aparecen frecuentemente los nombres de los entrevistados/as; que por respeto a su identidad han sido reemplazados por nombres ficticios.

Capítulo 4

Un primer acercamiento a la situación contextual en que se implementa el Programa

La Ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina, conforma junto con su aglomerado urbano, el Gran Buenos Aires, la mayor área urbana del país. Los resultados del Censo Nacional realizado en el año 2010 estiman la población de la ciudad en 3.065.461 habitantes.

La distribución de la población por barrio es bastante heterogénea, siendo el de mayor densidad demográfica Recoleta, al que le siguen Caballito, Palermo, Almagro y Congreso; el de menor densidad es Villa Riachuelo, y en general los barrios del sur de la Capital que constituyeron una zona fabril importante de la ciudad.

Tras la Reforma de la Constitución Nacional de 1994, la ciudad pudo contar con su propia constitución y con un gobierno autónomo de elección directa.

La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (1994) define a las Comunas como unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial (creadas en el 2005), que resultan del agrupamiento de uno o más barrios, preservando la unidad política presupuestaria y el interés general de la ciudad y su gobierno. A su vez, en su artículo 21 “promueve la descentralización en la gestión estatal de la salud dentro del marco de políticas generales”.

Como se ha señalado en el apartado metodológico, resulta necesario iniciar una mirada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir de datos socio-demográficos, educacionales, laborales, habitacionales y de salud para ponderar así el estado de situación actual de las condiciones de vida y salud de la población. El cruzamiento de datos entre los indicadores generales –C.A.B.A.- y su comparación más específica con las zonas⁵ sur y este (donde se concentra la mayor parte de la población beneficiaria del Programa Ciudadanía Porteña) constituye una herramienta de análisis que permite explorar y describir las desigualdades dentro de una misma zona geográfica.

Si bien se parte de operaciones metodológicas cuantitativas a partir de información sociodemográfica (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, Encuesta Anual de Hogares 2014 y Encuesta Trimestral de Ocupación e Ingresos 2014) dicha tarea se realiza con el objetivo de poder traspasar el análisis instrumental, cuantitativo de indicadores, para apuntar a un enfoque estructural de la situación socioeconómica y de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

⁵ La zona sur comprende las comunas 7, 8 y 9, y la zona este las comunas 1, 3 y 4.

La pirámide poblacional de C.A.B.A muestra una base angosta que se ensancha a partir de los 20 años hasta los 39 años de edad. Se observa además una población envejecida de carácter regresivo. Menos del 25% de la población es menor de 15 años y más del 15% es mayor de 65 años. Esto indica la presencia de una población vieja.⁶

Sin embargo, en la zona sur y este, específicamente en las comunas 8 y 4, se observan los porcentajes más altos de toda la ciudad en cuanto a población hasta los 9 años (comuna 8:16,7% y comuna 4: 16,2) y de 10-19 años (17,0% la comuna 8 y 17,8 % la comuna 4).⁷

La tasa de fecundidad también es más elevada que la tasa general de C.A.B.A. En la zona sur hay 61 nacidos vivos por cada mil mujeres en edad fértil, mientras que en el promedio de C.A.B.A son 53 los nacidos vivos. Ocurre algo similar en la región este, a diferencia de las regiones norte y oeste.⁸

Más de la tercera parte de la población (37,9%) es no nativa de la Ciudad. El 12,1% de los que residen en la Ciudad nació en el extranjero (6,8% en países limítrofes y 5,3% en países no limítrofes). La Comuna 8 presenta la mayor proporción de personas nacidas en países limítrofes (14,4%) siendo la población proveniente de Bolivia y de Paraguay la más numerosa, y en especial en el rango de edad de entre 15 y 65 años (es decir población económicamente activa).⁹

En cuanto a los indicadores de hábitat –que aportan a la medición de la calidad de vida urbana- se observa que en C.A.B.A. el tipo de vivienda predominante es el “departamento”. Más del 70% de los hogares se aloja en este tipo de vivienda. Si a este grupo se le suman los hogares cuya residencia es una “casa” de tipo familiar (20,6% según la Encuesta Anual de hogares 2014) se alcanza cerca del 90%. En el otro extremo, con cerca del 5% de los hogares y personas que habitan en ellos, se encuentra un tipo de viviendas deficitarias o insuficientes, que incluyen inquilinato/ conventillo/ piezas en pensión/ construcción/ construcción no destinada a vivienda/ rancho/ casilla/ otros. En las Comunas 1 y 3 este porcentaje asciende a 14,6% y 12,2%, respectivamente. Por el contrario, en las Comunas 11 y 12 el porcentaje de estos tipos de vivienda no alcanza el 1%.

Por su parte, el porcentaje en situación de hacinamiento¹⁰ en toda C.A.B.A. alcanza cerca del 8,3 % de los hogares, a lo que debe sumársele un 1,6 % que se encuentra en situación de hacinamiento crítico. Respecto a este indicador, puede observarse que la comuna 8 arroja el mayor porcentaje de hacinamiento no crítico (15,7%) junto con la comuna 1 (18,8%), y en

⁶ Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda gcba) sobre la base de datos censales.

⁷ Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2014

⁸ Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2014

⁹ Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2014

¹⁰ El indicador de hacinamiento se calcula como el cociente entre la cantidad total de personas del hogar y la cantidad total de habitaciones o piezas que dispone el mismo. Un hogar hacinado no crítico es aquel que posee dos o más personas por cuarto de la vivienda. Un hogar con hacinamiento crítico es aquel que posee más de tres personas por cuarto de la vivienda.

relación al hacinamiento crítico la comuna 8 (4,9%) triplica el valor indicado para el promedio de la Ciudad (1,6%).¹¹

Para complementar el análisis sobre las condiciones del hábitat en la Ciudad de Buenos Aires es necesario introducir la cuestión de la localización de las viviendas y señalar que, según los datos del Censo Nacional 2010 hay 163.587 personas residiendo en 40.063 viviendas en villas de emergencia, asentamientos y Núcleos Habitacionales Transitorios (NHT), lo que representa el 5,7% del total de personas y el 3,7% de viviendas de la Ciudad. En términos de población, este porcentaje supone un incremento de 1,8 puntos porcentuales con respecto al 2001 cuando la población en villas representaba el 3,9%. Las villas y asentamientos precarios se insertan en esa trama urbana como espacios territoriales con rasgos específicos, que han contribuido a la formación de una identidad propia.

El 98,2% de la población y 97,9% de las viviendas ubicadas en villas, asentamientos y NHT se sitúan en las Comunas 1, 4, 7, 8 y 9. Es para destacar el peso de la Comuna 8 que concentra el 37,4% de la población y el 34,7% de las viviendas.¹²

Con respecto a los niveles de pobreza se tuvieron en cuenta las cifras de la EAH 2009, año en que se muestra la última actualización por comunas. Las comunas analizadas de las zonas sur y este de la Ciudad muestran los mayores porcentajes de incidencia de la pobreza en hogares. Mientras que el promedio de la Ciudad es de 7,3%, la comuna 8 presenta un 17,1% de incidencia de la pobreza en hogares, la comuna 9 un 10,8%, la comuna 7 un 8,8% y la comuna 1 un 9,3% (Ver Mapeo). Estos valores se ven reforzados por el hecho de que la zona sur y este contienen la mayor cantidad de barrios tipo villas, asentamientos y Núcleos Habitacionales Transitorios.

La tasa de actividad –de la población de 10 años y más- alcanzó, en 2014, el 60,9% mientras que la tasa de empleo llegó al 57,2%. Asimismo, la tasa desocupación aumentó 0,5 puntos porcentuales respecto al año anterior: pasando del 5,6% al 6,1% de la población económicamente activa. Por su parte, la tasa de subocupación horaria fue de 8,6%.¹³

Al observar los indicadores de actividad, se advierte que en las comunas que integran las zonas sur y este la tasa de empleo es más baja que el promedio C.A.B.A.

En la comuna 8 se registra la más baja tasa de empleo (45,5%) de toda la ciudad, mostrando asimismo la más elevada tasa de desocupación (12,3%). Le sigue la comuna 1 (8,8%) y la comuna 9 (8,3%). Se observa además que se vuelca en la subocupación un porcentaje elevado de población activa (11,6% en la zona sur y 11,9% en la zona este, contra 8,6% C.A.B.A.), y en la comuna 8 la tasa de subocupación es la mayor de la ciudad (14,2%)¹⁴.

¹¹ Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2014

¹² *Ídem*

¹³ *Ídem*

¹⁴ *Ídem*

Es interesante marcar las diferencias en el tipo subocupación, ya que se observa una población económicamente activa que declara tener necesidad y disponibilidad para trabajar más horas, pero que el trabajo que realiza en esa situación es informal, con falta de cobertura social para ellos y sus familias; sumado a esto, los riesgos laborales que dicho trabajo informal implica.

En relación a la educación, el promedio de años de estudio de la población de 25 años y más en la ciudad es de 13. Se presentan diferencias según las distintas comunas de la Ciudad. En las Comunas 4, 8 y 9 el promedio de años de estudio varía entre 10 y 11, mientras que en las Comunas 2, 5, 13 y 14 dicho promedio es de 14 o más años de estudio.

Prácticamente el 58% de la población escolarizada de 3 años y más asiste a establecimientos educativos estatales o públicos. En diez de las quince comunas de la Ciudad dicha población concurre mayoritariamente a establecimientos estatales, superando el 70% en las Comunas 1, 4 y 8.¹⁵

En relación a los indicadores de salud, a nivel cobertura, entre la población residente en C.A.B.A el 17,8% utiliza exclusivamente el sistema público de salud. Este porcentaje alcanza 31,2% en la zona sur, destacándose la Comuna 8 por contar con el 40,0% de la población en esta situación. Entre los menores de 19 años hay un 27,9% que recurren sólo el sistema público de salud, llegando al 43% en la zona Sur.¹⁶

La mortalidad infantil es considerada uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de la población. La relación entre la mortalidad infantil y las condiciones de vida es determinante, refleja la distribución y disponibilidad de los servicios de saneamiento, salud y educación de la población.

Este indicador en C.A.B.A presenta un comportamiento diferencial analizándolo por distribución territorial. Las comunas 3, 4, 7, 8, 9 y 10 mantienen promedios por encima de C.A.B.A (8,9) teniendo en cuenta el dato del año 2013¹⁷: comuna 3 (11,9) – comuna 4 (11,8) – comuna 7 (11,9) – comuna 8 (10,9) – comuna 9 (9,3) - comuna 10 (12,2).

Entre las principales causas de muerte estadísticamente registradas la principal (que explica el 16,3% del total) se vincula con problemas inidentificables durante los controles de embarazo (problemas de gestación y bajo peso al nacer). Las disparidades en la salud de una determinada población con respecto a otra están fuertemente asociadas a las diferencias

¹⁵ Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2014.

¹⁶ *Ídem.*

¹⁷ Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales.

estructurales en relación a la posición social ocupada, a las condiciones de vida y de trabajo, a la accesibilidad de recursos, y a los hábitos de vida en general.

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con recursos y servicios del campo de salud conformado por tres subsectores que suman un total de 1666 efectores públicos, privados y de obra social, en mayor proporción están los privados, seguidos por los estatales y las obras sociales.

El subsector público se organiza en base a posiciones establecidas por la Ley Básica de Salud 153/99 que reconoce como efectores a “los hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera...” (Art. 24) y como usuarios/as a “todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la ciudad” (Art. 2º).

Esta Ley establece que el subsector estatal de salud se organiza territorialmente en unidades sanitarias denominadas Regiones Sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud, coordinando y articulando los efectores de los tres subsectores, y contemplando la delimitación geográfica-poblacional, que tenderán a articularse con las comunas y son la sede administrativa de las competencias locales en materia de salud.

Con la Resolución N° 31 del Ministerio de Salud se crean las Regiones Sanitarias I (Este), II (Sur), III (Oeste) y IV (Norte). Las Regiones Sanitarias quedaron establecidas entonces de la siguiente manera: - REGIÓN SANITARIA I: Comunas 1, 3 y 4. - REGIÓN SANITARIA II: Comunas 7, 8 y 9. - REGIÓN SANITARIA III: Comunas 5, 6, 10, 11 y 15. - REGIÓN SANITARIA IV: Comunas 2, 12, 13 y 14.

A su vez el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires divide el territorio en doce zonas geográficas y epidemiológico-sociales bajo la responsabilidad de un hospital por zona, que se caracterizan como Áreas Programáticas, y delimitadas dentro de las Regiones Sanitarias.

La Ley Básica de Salud de la Ciudad (Ley Nro 153/99) organiza al subsector de salud por niveles de atención (Art.16) y establece que, el primer nivel “comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias” (Art.18). Los siguientes artículos de la Ley Básica de Salud de la Ciudad definen los restantes niveles de la cadena de atención. Establecen como segundo nivel a “todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación” (Art.20) y señalan que el tercer nivel “comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial (Art 22).

De acuerdo a la información oficial presentada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en su portal, la provisión de los servicios del primer Nivel de Atención está a cargo de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), los Centros Médicos Barriales, el Plan

Cobertura Porteña de Salud y los consultorios externos de los hospitales. Los hospitales públicos en la ciudad dependen de distintos niveles de administración jurisdiccional: municipal, nacional y universitario.

Descripción del Programa Ciudadanía Porteña

El programa “Ciudadanía Porteña - Con todo derecho” es un Programa de Transferencias Condicionadas de Ingreso o con corresponsabilidad (PTCI) que se ejecuta desde el año 2005 en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Este se inscribe dentro de las políticas de protección social no contributiva, un conjunto de programas de transferencias monetarias y subsidios públicos financiados mediante impuestos a los ingresos generales bajo el principio de solidaridad.

El Programa (en adelante, CP) convive en la actualidad con la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (AUH) que opera a nivel Nacional desde finales del año 2009 y la Asignación Universal por Embarazo (AxE) implementada desde el año 2011.

CP fue creado por la Ley 1878/2005 de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y es gestionado por la Dirección General de Ciudadanía Porteña (instituida en 2006), que actualmente depende de la Subsecretaría de Fortalecimiento Familiar y Comunitario a cargo del Ministerio de Desarrollo Social.

Sus antecedentes inmediatos son: el programa Vale Ciudad (programa de entrega de vales para ser canjeados por alimentos en una red de comercios minoristas que se efectuaba en zonas específicas y determinadas de la Ciudad de Buenos Aires) y el programa Apoyo Alimentario Directo a Familias, creados en 2001 y 2002 (Asesoría General Tutelar, 2011). De acuerdo a la Cláusula Transitoria de la Ley 1878 de creación del programa CP, este absorbió a los beneficiarios de los programas alimentarios Vale Ciudad y Apoyo Alimentario, en tanto calificaran como población beneficiaria, conforme al artículo 4° de la ley.

CP fue diseñado con el objetivo de disminuir los niveles de desigualdad en C.A.B.A e interrumpir los circuitos de reproducción intergeneracional de la pobreza, efectuando una transferencia de ingresos a los integrantes de las familias de menores recursos. Se propone “sostener el acceso a la alimentación de la población beneficiaria así como promover el acceso a la educación y protección de la salud de los niños, niñas, adolescentes y su grupo familiar, la búsqueda de empleo y reinserción en el mercado laboral de los adultos” (Ley N° 1878. Artículo 2, 2005).

El mismo dirige sus acciones a los hogares residentes en la Ciudad de Buenos Aires en situación de pobreza e indigencia¹⁸, enfatizando su accionar en los de mayor vulnerabilidad. Entre estas características se destacan: la presencia de embarazadas, menores de 18 años de edad, discapacitados y adultos mayores.

Se trata de una prestación monetaria mensual que tiene como contraprestación en el caso de las familias con hijos, el cumplimiento de ciertos requisitos en educación y en materia de salud materno-infanto-juvenil.¹⁹

Titulares de la prestación

Son destinatarios del programa, en el siguiente orden de prioridad y conforme la aplicación del índice de vulnerabilidad:

- 1) Hogares cuyos ingresos resultan hasta un 25% por encima de la línea de indigencia.
- 2) Hogares cuyos ingresos resultan superiores al previsto en el inciso anterior y hasta la línea de pobreza, con hijos a cargo de hasta 18 años cumplidos y/o mujeres embarazadas y/o adultos mayores 65 años a cargo y/o personas con necesidades especiales a cargo.
- 3) Hogares con ingresos superiores a los indicados en el inciso a) y hasta la línea de pobreza, sin hijos a cargo de hasta 18 años, sin mujeres embarazadas, que no tienen adultos mayores 65 años ni personas con discapacidad a cargo, según el grado de intensidad en función de la demanda efectiva para este programa (Ley N° 1878. Artículo 4, 2005).

Para acceder a CP, es necesario presentar el documento nacional de identidad argentino de todas las personas que conforman el hogar, residencia en C.A.B.A no menor a dos años, el CUIL de las personas mayores de 18 años, partida de nacimiento de los menores, certificados de estado de salud y certificados de educación de todos los integrantes del hogar menores a 18 años. Los hogares cuyos miembros mayores de 18 años al momento de la inscripción no cuentan con documentación argentina deben realizar una preinscripción al Programa; el trámite de inscripción se debe completar al regularizar su situación migratoria; lo mismo para el resto de integrantes del hogar, que para poder ser incluidos en la solicitud deben iniciar la tramitación

¹⁸ El programa considera "hogares pobres" a aquellos que se encuentran bajo la Línea de Pobreza (LP) que elabora el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Los "hogares indigentes" son aquellos cuyo ingreso no supera la Canasta Básica Alimentaria (CBA).

¹⁹ Página web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Ministerio de Desarrollo Social - Ciudadanía Porteña: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/des_social/ciudadania_portenia

del documento argentino que acredite identidad. El Programa Patria Grande²⁰ ha agilizado el proceso para las personas nacidas en los países del MERCOSUR y estados asociados.²¹

La focalización que tiene el Programa CP no considera la inserción laboral en el mercado de trabajo formal o la percepción o no de jubilación o pensión una exclusión para obtener la titularidad del beneficio, como sí lo hacen otros sistemas de protección social como la Asignación Universal por Hijo (AUH), sino que amplía su espectro considerando el concepto de vulnerabilidad social y el derecho a percibir un ingreso que cubra necesidades básicas.

Descripción sociodemográfica de los hogares

De acuerdo a los resultados del Informe de Monitoreo Ciudadanía Porteña realizado en enero de 2015 por la Gerencia Operativa de Gestión Estratégica de Políticas Sociales dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, CP registra 50.087 hogares beneficiarios integrados por 175.287 personas. El 36,6 % de los hogares se encuentra en situación de indigencia y el 63,4 % restante en situación de pobreza.

En relación con la distribución geográfica de los beneficiarios en la Ciudad de Buenos Aires,²² según la Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIMyE, 2011) en base al padrón de beneficiarios del Programa, la mayor penetración se presenta en la zona sur y este de la Ciudad, siendo las comunas 7, 8, 4 y 1 las que concentran la mayor parte de la población beneficiaria. Ello se debe a que dichas comunas están entre las cinco con mayor incidencia de la pobreza en hogares (comuna 7: 8,8%; comuna 8: 17,1%; comuna 4: 7,8%; comuna 1: 9,3% y comuna 9: 10,8%)²³. Estos valores se ven reforzados por el hecho de que la comuna 8 es la región con mayor cantidad de barrios tipo villas, asentamientos y núcleos habitacionales transitorios.

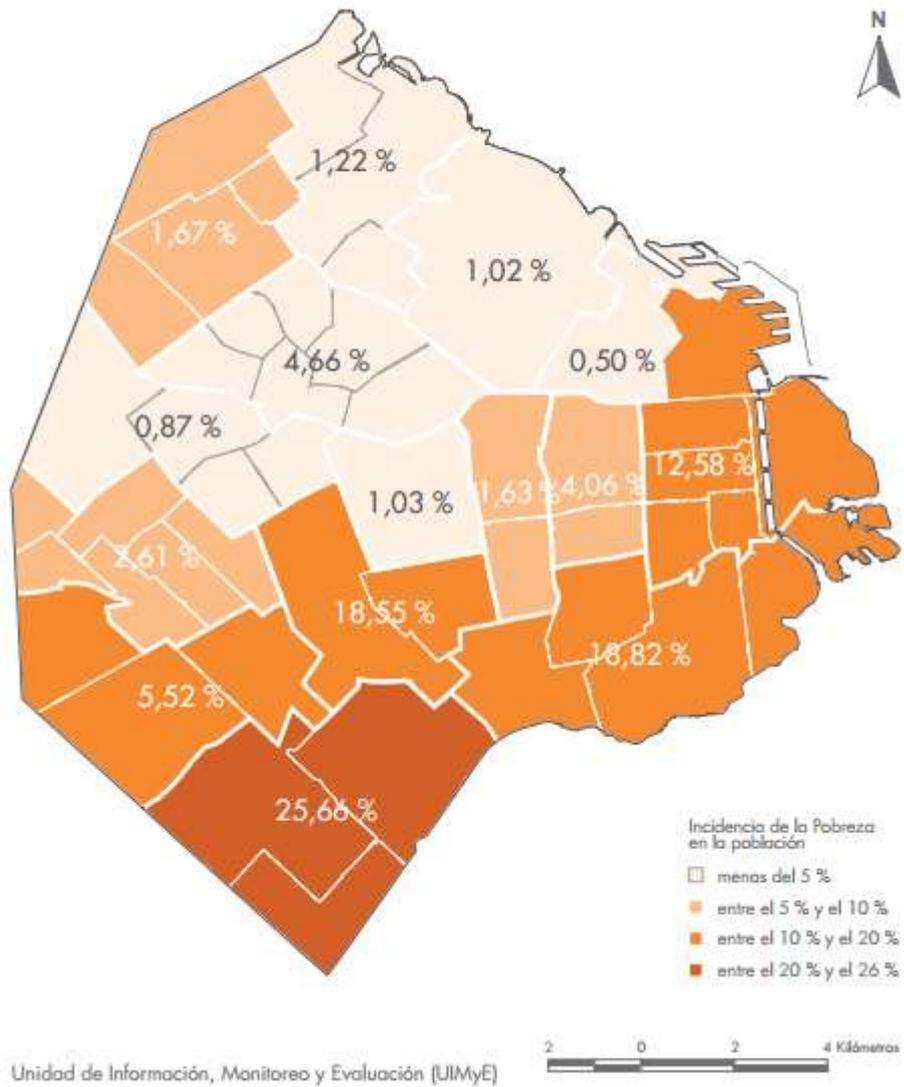
²⁰ Programa Nacional de Normalización Documentaria Migratoria que entró en vigencia el 17 de abril de 2006. Está destinado a los ciudadanos nativos de países miembros del Mercosur y de los estados asociados al mismo.

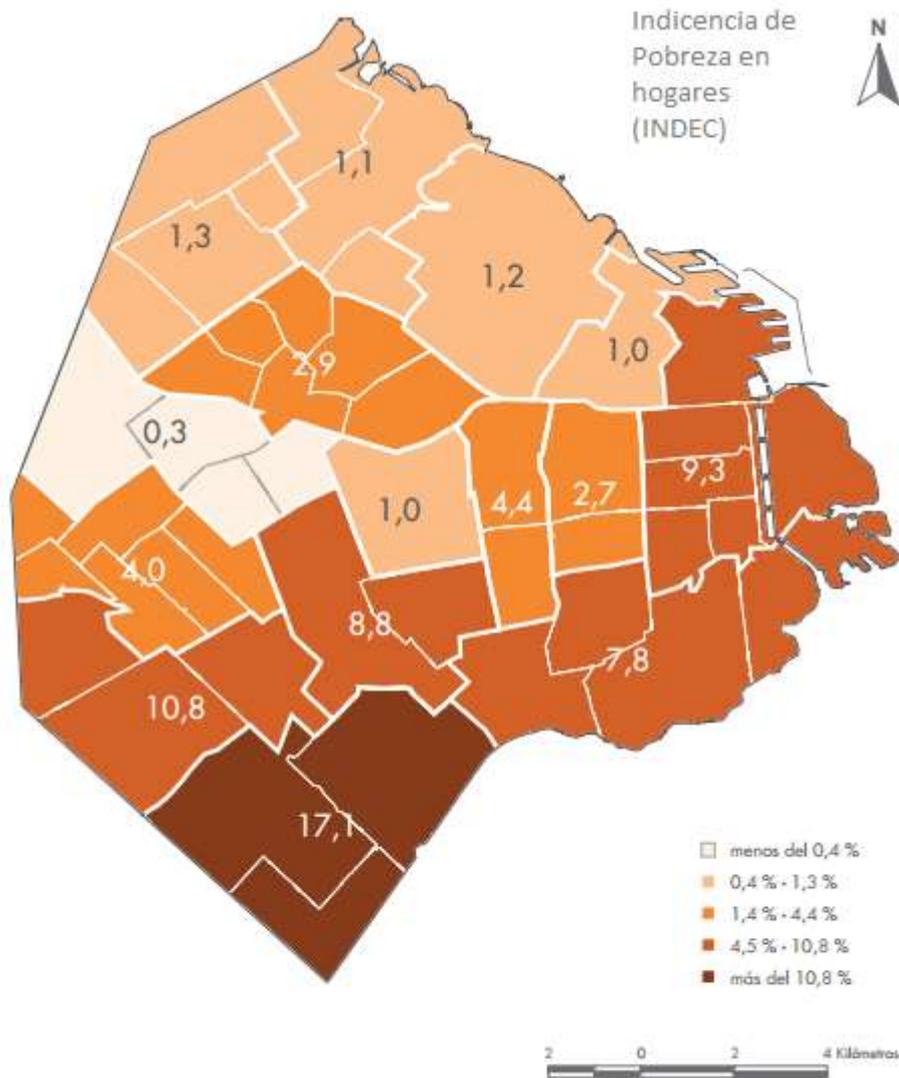
²¹ Página web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Ministerio de Desarrollo Social - Ciudadanía Porteña: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/des_social/ciudadania_portenia

²² La ciudad se subdivide en 48 barrios, los cuales se agrupan en Unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial, llamadas comunas (15).

²³ Fuente: Incidencia de la pobreza en hogares según INDEC (2009).

Distribución de los beneficiarios del Programa Ciudadanía Porteña y la incidencia de la pobreza según Comunas





Fuente: Mapa de elaboración propia en base al registro de la UIMyE según EAH - DGEyC. Para la estimación de pobreza se utiliza información del 2009 por ser la última base disponible que permite estimar ingresos por comuna.

En los hechos el programa se destina principalmente a las mujeres, nueve de cada diez transferencias tienen como titulares a éstas (Castilla María Victoria, 2014). La coordinadora del Programa ha señalado que hay hogares con padres u hogares unipersonales, aunque son minoritarios.

Las titulares del subsidio conforman una población joven, casi dos de cada tres titulares tiene menos de 45 años. El 70% de las mujeres titulares cuenta con menos de 12 años de educación formal, y un 30% ha completado la educación secundaria.

En cuanto a la composición de los hogares, el tamaño promedio de los hogares beneficiarios es de 3,7 miembros, siendo el 39% del total de beneficiarios menores de 18 años. Casi siete de cada 10 hogares cuentan con la presencia de menores de hasta 18 años entre sus

miembros. Alrededor del 34% de las personas se encuentran en edad escolar obligatoria (5 a 18 años).

Con respecto al lugar de residencia, casi el 60% de los hogares beneficiarios vive en una villa o asentamiento, en inquilinatos o conventillos, en hoteles o pensiones, en locales no destinados a la vivienda, instituciones colectivas o en situación de calle.

En relación con la inserción laboral, de los hogares pobres o en situación de vulnerabilidad social inscritos al Programa el 34,6 % están compuestos por al menos un miembro con empleo registrado, jubilado o pensionado -con ingresos que no llegan a cubrir las necesidades básicas el hogar-, mientras que un 65,6% de los hogares no cuenta con ningún miembro con empleo registrado, jubilado o pensionado (EAHB, Encuesta a Beneficiarios de PCP, 2011).²⁴

De acuerdo a los datos arrojados por la Encuesta a Beneficiarios en 2011, el 29% de las/os titulares de CP son nativos de la Ciudad, el 41% ha llegado desde otros países -el peso de los migrantes extranjeros en el total de la población es considerablemente menor al peso que tienen dentro de los hogares beneficiarios-, y el resto proviene de diferentes provincias argentinas. Cabe mencionar que los titulares nacidos en la provincia de Buenos Aires solo representan el 6 % del total. Entre los extranjeros hay predominio casi absoluto de nativos de países limítrofes, incluyendo en ellos a Perú.

Modalidad y Monto del beneficio

El beneficio que otorga el programa consiste en un subsidio mensual que se entrega a través de una tarjeta magnética precargada emitida por el Banco de la Ciudad y Cabal, que debe ser utilizada únicamente para la adquisición de alimentos, productos de limpieza e higiene personal, útiles escolares y combustible para cocinar, que se pueden comprar en los comercios adheridos en la Ciudad de Buenos Aires como supermercados Día, Coto, carnicerías, verdulerías y almacenes de barrio.

El monto del subsidio²⁵ se establece de acuerdo al valor de la canasta básica alimentaria (CBA) tomando como parámetro el adulto equivalente fijado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), la situación de pobreza del hogar y su composición. Cabe resaltar que el programa utiliza la categoría 'hogar', en lugar de 'familia', y lo circunscribe al grupo de personas, tengan o no relaciones de parentesco entre sí, que viven bajo un mismo techo en forma diaria y permanente, compartiendo sus gastos de alimentación y de sostenimiento.

²⁴ La encuesta fue diseñada por la Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación y el trabajo de campo fue realizado por la Dirección General de Estadísticas de la Ciudad de Buenos Aires. El universo de análisis fueron los hogares beneficiarios del programa Ciudadanía Porteña con una muestra de tipo simple al azar a partir de la cual se relevaron 1.506 hogares, conformados por un total de 5.823 individuos.

²⁵ Fecha de relevamiento de la información: marzo de 2015.

La actualización de la prestación se realiza semestralmente en función de la variación de la canasta básica alimentaria. En relación a este punto, la coordinadora del Programa señaló debido a los avatares que ha tenido el INDEC han decidido tomar la canasta corregida en base al índice de inflación calculado por el Congreso Nacional, y otras entidades.

El monto mínimo es de \$445, y el monto fijo por cada menor de hasta 18 años que integre el hogar es de \$445, con excepción de embarazadas y niños de 0 a 2 años para los cuales el monto está fijado en \$640²⁶.

El monto promedio a cobrar es de \$1.021,61 de acuerdo al Informe de Monitoreo Ciudadanía Porteña realizado en enero del 2015 por la Gerencia Operativa de Gestión Estratégica de Políticas Sociales, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, siendo el valor mínimo de \$445 y un máximo de \$2.900. El importe promedio para los hogares en situación de indigencia es de \$1.264 mientras que para los que están en situación de pobreza es de \$881. El monto se calcula de acuerdo a si califican como pobres o indigentes: a los pobres se les paga el 50 % de la canasta alimentaria y a los indigentes el 75 %.

La prestación es incompatible con la titularidad de otro programa de transferencias monetarias.

Obligaciones en salud y educación²⁷

En materia de protección de la salud, CP plantea como uno de sus objetivos principales incrementar la prevención entre los beneficiarios, para lo cual exige la realización de determinados controles de salud.

La periodicidad con la cual deben efectuarse los chequeos se rige en cada caso en particular, de acuerdo a los períodos estipulados por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

De acuerdo al artículo diez de la Ley 1878, los titulares del beneficio asumen las siguientes corresponsabilidades en materia de protección de la salud:

- Efectuar controles mensuales de salud de la embarazada.
- Efectuar control quincenal de salud de niños/as menores de un mes.
- Efectuar controles de 'niño sano' y desarrollo nutricional mensual para los/as

niños/as de hasta los once (11) meses de edad.

²⁶ La Ley 2408/2007 aclara que en todos los casos en los que los hogares tengan hijos de hasta dos años, se considerará como adulto equivalente por cada uno de los hijos en esta franja etaria un monto que no podrá ser inferior al establecido en la ley de asignaciones familiares (Ley N° 24.714, Art. 18, Inc. a).

²⁷ Los hogares sin hijos e hijas a cargo, se encuentran exentos del cumplimiento de las condicionalidades, en la medida que las mismas se restringen a obligaciones relativas al cuidado de los niños, niñas y adolescentes.

- Efectuar controles de 'niño sano' y desarrollo nutricional bimestral para los/as niños/as de doce (12) a veintitrés (23) meses de edad.
- Efectuar controles de 'niño sano' y desarrollo nutricional trimestral de los/as niños/as de veinticuatro (24) a treinta y cinco (35) meses de edad.
- Efectuar controles de salud y desarrollo nutricional semestrales en caso de niños/as de tres (3) a cinco (5) años de edad.
- Efectuar controles de salud y desarrollo nutricional anual para los/as niños/as de seis (6) a trece (13) años de edad.
- Efectuar controles de salud anual para los/as adolescentes de catorce (14) a dieciocho (18) años de edad.
- Efectuar controles de salud anual para los/as adultos mayores de sesenta y cinco (65) años de edad y las personas con necesidades especiales.
- En todos los casos, cumplir con la aplicación de las vacunaciones obligatorias.

En materia de educación, los principales objetivos planteados por CP son: garantizar la escolarización, reducir la deserción y cooperar en la tarea de erradicar el trabajo infantil. En este sentido, los titulares del beneficio deben procurar que niños/as entre tres y cuatro años asistan al jardín de infantes, presentar certificados cada tres meses de asistencia y permanencia escolar de niños/as de 5 a 18 años (y la promoción al año siguiente de los de 6 a 18 años).

Para comprobar el cumplimiento de los compromisos el Área de Contraprestaciones en Salud y Educación del Programa cruza datos con escuelas e instituciones de salud y se solicita a los hogares beneficiarios la presentación de certificación que avale dicho cumplimiento (Cruces, Epele y Guardia, 2008).

Si los hogares no cumplen con los compromisos establecidos, acorde a lo establecido en el Decreto 249/2014-Reglamentación de la ley 1878, se lleva adelante instancias de mediación y seguimiento, suspensión transitoria y, por último, la baja.²⁸

En el proceso de información, cumplimiento y control del requisito de salud se cruzan las acciones del Ministerio de Desarrollo Social y del Ministerio de Salud de C.A.B.A promoviendo una interrelación entre espacios sociales de acción: el campo económico, el campo de las políticas sociales y el campo del sistema de salud.

28 El Decreto 249/2014 establece que, en el caso de adeudar algún tipo de documentación, se contempla un plazo improrrogable de seis (6) meses a fin de que el hogar regularice su situación documental. En ese sentido, explicita que previamente y durante dicho proceso se tramitan instancias de mediación y seguimiento a los hogares beneficiarios con el objetivo de identificar y remover los obstáculos que pudieran dificultar o limitar el cumplimiento de los compromisos. Asimismo, se establece que, en el caso de continuar con el incumplimiento, y transcurrido los seis (6) meses mencionados, el programa Ciudadanía Porteña. Con Todo Derecho podrá suspender transitoriamente el beneficio hasta tanto el hogar cumpla con los compromisos correspondientes.

Inscripción al programa CP

De acuerdo a la información brindada en la página web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires,²⁹ se realizaron dos operativos de inscripción espontánea: uno entre el 28 de noviembre y 23 de diciembre de 2005, y el otro desde el 20 de marzo al 3 de abril de 2006, difundidos a través de los CGP comunales, los medios de comunicación y otros canales institucionales de información. La inscripción se realizó de forma presencial con la solicitud de la documentación obligatoria anteriormente mencionada para obtener la titularidad del beneficio.

Luego, el programa condujo algunos operativos puntuales y focalizados de inscripción. Para la fecha de realización de la presente investigación, para inscribirse al CP primero debía realizarse la inscripción a Ticket Social (2008)³⁰ para luego, evaluación de por medio, ser migrado a CP.

En relación a este proceso en el cual Ticket Social es la vía de acceso al Programa CP la coordinadora del mismo ha expresado en la entrevista realizada que la inscripción a Ticket Social se solicita con el objetivo de que el hogar pueda percibir el subsidio para paliar la emergencia y evitar que las personas se queden sin cobertura mientras se realiza la evaluación del Ciudadanía, la cual demora más tiempo³¹.

En contraposición a esta visión de la cuestión, el Informe sobre CP realizado por el Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2011)³² sostiene que:

(...) Esta forma de adhesión constituye, en la práctica, otra barrera de exclusión y atenta también contra el principio de igualdad y no discriminación, puesto que personas en una misma situación y que cumplen con las exigencias de admisión pueden recibir o no la prestación dependiendo de que se hayan enterado y hayan podido concurrir a la sede de inscripción con la documentación solicitada en tiempo y

³⁰ Ticket Social es un programa de apoyo alimentario creado en el año 2008 y destinado a fortalecer el consumo de alimentos de las familias que se encuentran en situación de inseguridad alimentaria. El mismo, reemplazó al programa de Asistencia Alimentaria Directa a Familias, que distribuía módulos alimentarios o cajas de alimentos en forma mensual. Según lo indica el decreto N° 800/008 la asignación se entrega mensualmente y tiene una duración de seis meses que puede ser renovable. El monto mensual es de 250 pesos que pueden canjearse por alimentos y elementos de higiene y limpieza en supermercados y comercios adheridos. Para cada integrante de la familia afectado por desnutrición se recibe una chequera de 130 pesos y en el caso de celiaquía las madres reciben chequeras por un valor de 200 pesos adicionales. La mayor diferencia con respecto a CP y AUH es que Ticket Social no impone condicionalidades en materia de salud y educación a los niños y niñas, y que los y las migrantes también pueden acceder al beneficio presentando su documento extranjero.

³¹ En la entrevista realizada la coordinadora ha comentado que CP tiene acuerdos con determinados Programas para hacer inscripciones sin que pasen por Ticket Social, tal como los casos de violencia registrados por la Dirección General de la mujer y el programa PREASIS de externación asistida orientado a las personas con padecimientos mentales que han sido externados de los hospitales de salud mental.

forma. O bien que puedan incorporarse al Programa Ticket Social y transitar desde allí a CP.

Subprogramas complementos del CP

Desde marzo de 2008 comenzó a implementarse el subprograma Estudiar es Trabajar, un subsidio de 530 pesos mensuales para jóvenes estudiantes entre 18 y 40 años en situación de vulnerabilidad social, para que vuelvan a estudiar o continúen sus estudios. El monto es adicional al que reciben sus hogares inscriptos al programa Ciudadanía Porteña. El cumplimiento de sus compromisos en educación es condición para su permanencia en el Programa (más de la mitad de los titulares del Programa asisten al nivel terciario o universitario).

Para enero de 2015 Estudiar es Trabajar contaba con 2.501 jóvenes inscriptos. De acuerdo al informe señalado anteriormente, casi seis de cada diez jóvenes beneficiarios tienen entre 18 y 21 años. Asimismo, seis de cada diez jóvenes beneficiarios son mujeres.

Por su parte, en el año 2013, se dio inicio al subprograma Red Primeros Meses con el objetivo de acompañar a las madres desde el embarazo y a los chicos recién nacidos hasta el primer año de vida con el fin de detectar y prevenir complicaciones de bajo peso, corta gestación o dificultades respiratorias y así promover el desarrollo de embarazos y bebés saludables.

Se dirige a mujeres de los hogares que se encuentran bajo cobertura CP. Para adquirir el subsidio las beneficiarias deben completar un cronograma de controles médicos indicados a las mujeres embarazadas y controles en el primer año de vida del bebé.

Durante el embarazo tienen que realizarse el primer chequeo médico dentro de las primeras dieciséis semanas de gestación; luego, dos controles hasta la semana veinticinco y otras dos visitas al médico hasta el final del embarazo. El subsidio es de 1950 pesos, dividido en tres pagos de 650 pesos.

Una vez nacido el niño, y para poder obtener el subsidio de 3000 pesos, el bebe deberá contar con dos controles obligatorios entre las 48 horas y los quince días de vida; realizarse un chequeo mensual hasta los seis meses, y una visita semestral al cumplir el año. Los controles son registrados en una libreta que tiene cada familia.³³

La inscripción al programa se puede realizar a través de la Línea 147, en los Centros Zonales Sociales dependientes del Ministerio de Desarrollo Social y en la sede del Programa.

³³ Las sumas monetarias señaladas son las informados en la página web de Ciudad de Buenos Aires en el mes de marzo de 2015 : <http://www.buenosaires.gob.ar/noticias/un-programa-social-para-madres-de-recien-nacidos-y-embarazadas>

La maternidad adolescente es una problemática destacada tanto por la Coordinadora del programa Red Primeros Meses como en la Encuesta a Beneficiarios. De acuerdo a los resultados relevados, la maternidad a edades tempranas es frecuente entre las titulares de CP: el 34 % de ellas ha tenido su primer hijo antes de cumplir los 20 años. El riesgo de vulnerabilidad social que implica la maternidad muy temprana explica la gran proporción de mujeres que han sido madres adolescentes entre las beneficiarias del Programa.

Atención y Seguimiento

CP cuenta con tres sedes de atención a los beneficiarios: la sede ubicada en la calle Salguero 979, encargada de atender principalmente gestiones relacionadas con la recepción de los certificados de salud y educación, actualización de documentación, entrevistas a los beneficiarios por revisión de caso particulares, abandono escolar o situaciones de violencia familiar, entre otras consultas; el Servicio Zonal N°8 ubicado en Avenida Escalada 4501 que atiende consultas en general, cambios de domicilio y actualización de documentación; y la sede ubicada en la calle Curapaligüe 525, que se dedica a la atención de las gestiones de finalización del proceso de inscripción de personas beneficiarias del Ticket Social y la entrega de tarjetas de compra.

A principios del ciclo lectivo se implementan operativos masivos de entrega de certificados escolares en polideportivos provistos por el GCBA.

Mecanismos de selección de los beneficiarios

Al ser el CP un programa asistencial con una población objetivo determinada -hogares viviendo en situación de pobreza- requiere de un proceso de identificación y selección.

De acuerdo al documento metodológico diseñado por Chitarroni H., Novacovsky I., y Wermus.N (2009), el mecanismo de selección de la población beneficiaria del Programa consta de tres fases. Una primera etapa de inscripción al Registro Único de Beneficiarios de programas sociales (RUB)³⁴ en el que se realiza una ficha de caracterización socioeconómica de los hogares y se entrecruza con otras bases de registro que proveen información sobre inmuebles, automotores, programas sociales, empleo dependiente e independiente, jubilaciones y pensiones, seguro de desempleo, entre otros. Esta primera fase es caracterizada como test de medios directos o test de riqueza.

En una segunda etapa, se realiza un test de medios indirectos que se basa en la estimación de los ingresos potenciales del hogar, calculada a partir de sus características no

³⁴ La ficha RUB (Registro Único de Beneficiarios) es un instrumento, dependiente de la Gerencia Operativa de Gestión Estratégica de Políticas Sociales (GOGEPS) del Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, responsable de censar a los aspirantes de Programas Sociales de la Jurisdicción.

monetarias, aquellas directamente observables y relativamente más estructurales y estables. Con esta información se constituye un Índice de Vulnerabilidad.

Por último, se aplican factores de corrección para evitar errores de inclusión y exclusión.

Impacto sobre indicadores sociales y educación

El Área de Monitoreo y Evaluación dependiente de la Subsecretaría de Administración del Ministerio de Desarrollo Social ha realizado tres evaluaciones del programa Ciudadanía Porteña. La última presenta el análisis de los resultados e impactos de CP para el año 2011, a casi seis años de la implementación del mismo.

No obstante, se debe considerar que el análisis de los impactos implica leer los datos con cierta cautela, ya que es metodológicamente dificultoso poder aislar el efecto de CP respecto de otras variables de contexto, que pueden estar explicando variaciones en la incidencia de la pobreza o la indigencia, así como en la tasa de asistencia escolar o diversos indicadores en el campo de la salud (Asesoría General Tutelar, 2011).

En relación con las condiciones de vida, de acuerdo a las estimaciones oficiales presentadas, si no existiera el ingreso transferido por el programa, la incidencia de la indigencia en 2011 en niños y adolescentes beneficiarios sería siete veces mayor.

En materia de trabajo infantil y adolescente, la cantidad de niños y adolescentes de 5 a 17 años que trabajan disminuyó un 38% en el periodo 2006-2011.

En relación con los impactos en educación, la cantidad de niños de tres y cuatro años que asisten a establecimientos de educación formal aumentó un 23,8% con respecto a 2005. Entre los niños de 6 a 14 años se mantiene la tendencia a la universalización de la educación.

Las mejoras en los niveles de asistencia resultan especialmente considerables entre los adolescentes beneficiarios de 15 a 17 años, donde la deserción disminuyó un 42% con respecto al 2005. Si bien para el año 2011, persiste un porcentaje alto que no concurre a establecimientos educativos (13,3%).

En cuanto al mercado laboral entre 2006 y 2011, se observa un leve incremento de más de cuatro puntos porcentuales en los niveles de actividad de la población mayor de 18 años beneficiaria del programa Ciudadanía Porteña. En 2011, la tasa de actividad se posicionaba en 73,2%, valor que se ha incrementado desde el año 2008 en 2,3 puntos porcentuales.

Desde una mirada de género el comportamiento del mercado de trabajo presenta diferencias significativas. Dentro del universo de beneficiarios del CP, los trabajadores masculinos registran una mayor participación en el mercado laboral que sus pares femeninos, la brecha entre ambos es casi de 15,4 puntos porcentuales en el año 2011. Esta tendencia se

observa también para el total de la ciudad, donde la brecha entre varones y mujeres es de 19,5 puntos porcentuales. Si se analiza el total de población en situación de pobreza de la C.A.B.A, las diferencias entre las tasas de actividad de varones y mujeres es aún mayor (29,8 puntos porcentuales).

Impacto sobre indicadores de salud³⁵

En primer lugar, el análisis de la población beneficiaria según cobertura de salud muestra que un elevado porcentaje (80%) no se encuentra afiliada a ningún sistema de salud, dependiendo exclusivamente del sistema público.

En relación con los indicadores de salud, no se advierten mejoras sustantivas en la situación de mortalidad infantil. Según información de la Dirección General de Estadísticas y Censos de la C.A.B.A, la tasa de mortalidad infantil se ha mantenido estable desde la implementación del CP, e incluso ha crecido de 7,8 por mil nacidos vivos en el año 2005 a 8,9 en el año 2013.³⁶

En cuanto a los controles durante el embarazo, el 81,6% de las beneficiarias realiza controles antes del primer trimestre de embarazo. De la misma forma, nueve de cada diez embarazadas realiza controles mensuales. Sin embargo, el porcentaje de embarazadas que realiza controles tempranos descendió en 3 puntos porcentuales entre 2008 y 2011, mientras que el porcentaje de embarazadas que realiza controles mensuales de embarazo se mantuvo constante en los dos periodos.

En el caso de los menores de 2 años, un alto porcentaje de las madres ha realizado el control de niño sano antes del primer mes (87,7%) y la mayor parte de las madres ha realizado controles a su hijo antes del tercer mes. En los tres momentos analizados, se observa que más del 97% de las madres realiza controles de salud antes de que sus hijos cumplan tres meses de vida. Cabe señalar que el porcentaje de mujeres que realiza controles periódicos de salud a su hijo menor de 2 años disminuye un 7% en el período analizado. Asimismo, no se observa una mejora en el porcentaje de mujeres que realizan controles salud antes del primer mes de vida.

A raíz de los valores registrados para estos indicadores el informe resultante de la Tercera Evaluación indica que estas situaciones señalan un déficit en la exigencia de certificados de salud.

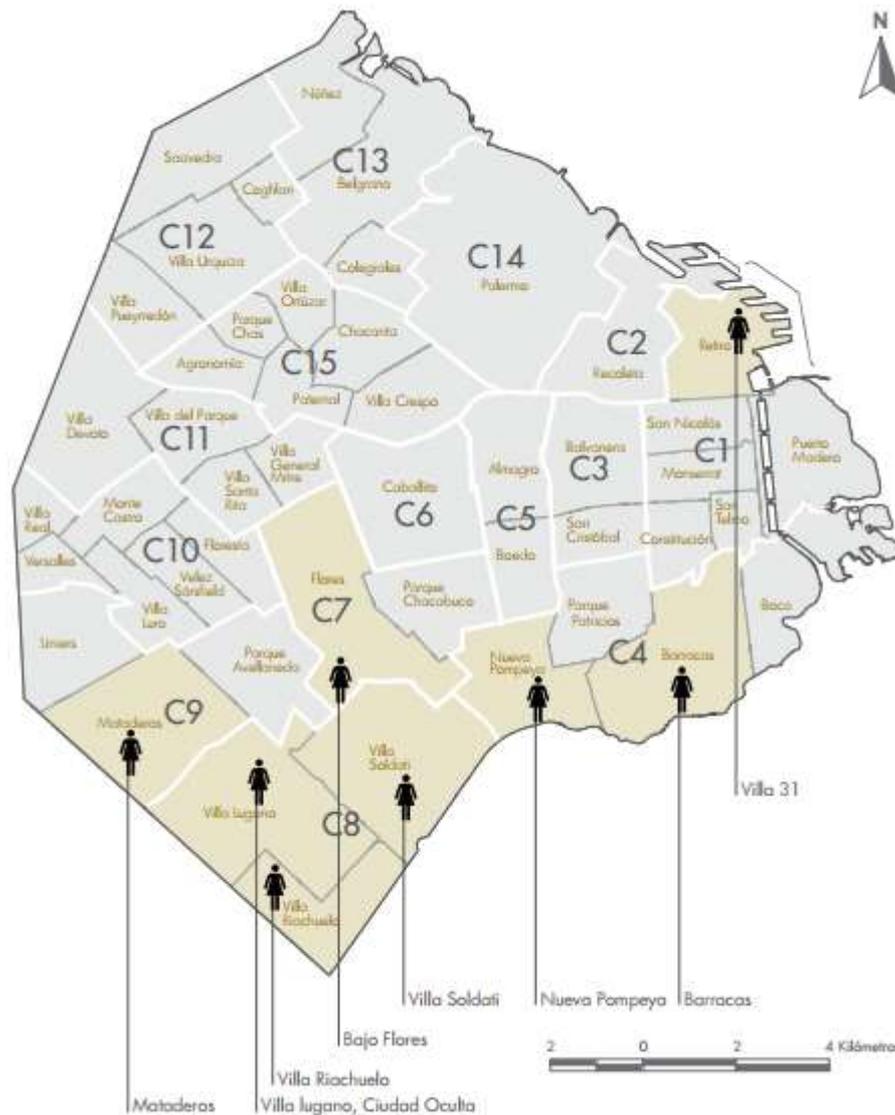
Capítulo 5

³⁵ Fuente: Encuestas a Hogares Beneficiarios 2006; 2009 y 2011 – DGEyC.

³⁶ La Tasas de mortalidad infantil total, neonatal, postneonatal y fetal (por mil nacidos vivos). Ciudad de Buenos Aires. Años 1990/2013. Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda. Estadísticas vitales.

La vida de las mujeres titulares del Programa CP

Las mujeres entrevistadas viven en barrios del sur y este de la Ciudad de Buenos Aires: Nueva Pompeya, Villa Lugano, Ciudad Oculta (en Villa Lugano), Villa Riachuelo, Bajo Flores, Villa Soldati, Mataderos, Barracas y Villa 31 (en Retiro). Algunas de ellas se han tenido que mudar en el último tiempo, obligadas por no poder pagar la pieza, inquilinato u alquiler.



La mayoría de las mujeres conforman hogares monoparentales, son madres que han quedado solas a cargo del cuidado de sus hijos (muchas de ellas con más de dos hijos). En algunos casos viven con algún familiar como hermanos/as con quienes comparten los gastos de alimentación y alquiler, y les permite distribuir las tareas del hogar y del cuidado de los niños.

Otros hogares están conformados por madres/abuelas con hijos/as adolescentes que han tenido sus propios hijos y viven junto a ellos en el hogar.

La historia de las mujeres se repite: actualmente están desocupadas, pero solían trabajar por hora en servicio doméstico en casas. Según sus relatos, dejaron sus trabajos para poder cumplir con las tareas de cuidado (atender al hogar y a los hijos) que se complican cuando la mujer no está en la casa por largas horas, y también se mencionó más de una vez haber tenido que dejar sus trabajos por accidentes o cuestiones de salud, lo que les impedía continuar su actividad laboral.

Si necesito trabajar porque soy sola. Antes del embarazo trabajaba, pero cuando me embaracé ya no pude, y ahora tengo la nena no sé cómo hacer por eso la asistente me dio la opción de un jardincito para que yo tenga unas cuantas horas libres y pueda hacer algo (...) Y bueno la nena está mayormente conmigo, pero para el primer año ya la voy a soltar. (Alicia).

Las siguientes citas dan cuenta de problemáticas de salud que padecen las mujeres, situación que convive con la falta de trabajo y con el cuidado de los hijos, dado que si son ellas las que se enferman aumentan las complicaciones.

Desde enero que no trabajo, el 25 de enero me pasó el accidente. Estaba trabajando por hora en casas de familia. Yo quisiera trabajar, pero la cosa es que no me aceptan en ningún trabajo con la mano así. (Sonia).

Ahora no, ahora no, es que tuve el problema de la columna y no puedo hacer mucha fuerza, y bueno. Y más con el nene, se complica. (Ana).

Dentro de las mujeres que perciben un ingreso además de CP, una de ellas tiene un quiosco pequeño en la Villa 31, otra trabaja en un taller, y las que se encuentran casadas, que son la minoría, dependen del trabajo de sus maridos.

Sólo dos de las mujeres mencionaron estar estudiando, una pudo terminar el año pasado la primaria y se encuentra haciendo un curso de computación, y la otra está en la universidad y percibe el programa Estudiar es Trabajar.

Muchas de ellas han venido desde países limítrofes, principalmente Bolivia y Paraguay, y se encuentran solas, sin familiares. En los casos donde la mujer trabaja o padece algún problema de salud y debe estar en reposo o internada, el cuidado de los niños es un problema. Frecuentemente se dejan al cuidado de hermanos que cuidan de los menores, o se le pide el favor a algún vecino, principal lazo afectivo y de compañerismo que construyen algunas de las mujeres entrevistadas. Pagarle a una persona para que cuide de los chicos se mencionó en una oportunidad como una posibilidad, pero para la cual se debería trabajar el doble. Para las que

tienen bebés, otra opción es conseguir una vacante en una institución educativa y dejarlos en algún jardín maternal para poder trabajar al menos en ese tiempo.

Tuve ese problema y no sabía dónde dejarlo, como soy sola yo los chicos estudian no puedo dejarlo en ningún lado para ir al médico así que un día lo dejo de otra vecina, otro día de otra, porque no tengo parientes acá (Sonia)

Y más con el nene, se complica. Yo no tengo quien me lo cuide, o si me lo cuida alguna persona sí tengo que pagarle, pero tengo que sacar un poquito más para poder pagarle a alguien que lo cuide, nos manejamos nosotros. (Ana)

En estos relatos se puede ver la importancia que las mujeres le atribuyen al rol materno y la dificultad para “soltar” a los hijos, como menciona una de las entrevistadas.

A nivel cobertura de salud, mayormente dependen del sistema público. Muy pocas tienen obras sociales a través de sus maridos. Dicho tema será analizado en el apartado “Estrategias y trayectorias de las mujeres en los circuitos de salud”.

El ingreso a Ciudadanía Porteña, las mujeres y el camino recorrido

El conocimiento sobre la existencia del Programa se da principalmente a través de un vecino o por las trabajadoras sociales. Principalmente se hace referencia al barrio como lugar donde aparece por primera vez la información sobre el programa Ciudadanía Porteña. Lo comunicativo es una dimensión básica de la vida de las relaciones humanas y socioculturales (Moreno, 1993) es por ello que es en los barrios, donde acontece la vida cotidiana de las mujeres, que circula la información sobre los planes sociales. Algunas también comentan que se enteraron en las salitas, en comedores comunitarios y a través de afiches en las calles de sus barrios. La desvinculación temporal del barrio por cuestiones relacionadas a salir a trabajar o estudiar por muchas horas se mostró como un distanciamiento con la fuente de información, señalando que “quien no está en el barrio no se entera de estas cuestiones”.

Por el barrio se comenta siempre, se escucha viste. (Sonia)

Porque unas amigas me pasaron la voz y ahí estoy en el Ciudadanía. (María Lourdes)

Te enterabas en las salitas o te enterabas en algún comedor, por ahí venían y decían: mire tiene que venir a anotarse. Porque en ese tiempo también mis dos nenes iban al comedor comunitario, así que bueno, fue por eso que me enteré y bueno pude ir y gracias a Dios lo tengo (Ana).

Cuando me inscribí pusieron viste carteles ahí en las calles, cerca de mi casa. Si yo no entendía muy bien, pero leí y mi vecina me dijo que lo tenía que hacer para sacar el Ticket para alimentos. (Roxana)

En relación a la historia de las mujeres en el Programa la mayoría se inscribió cuando nació su primer hijo. Algunas mencionan estar inscriptas hace más de dieciséis años cuando se les pregunta sobre CP, en este sentido se evidencia cierta confusión o desconocimiento de las nominaciones de los programas sociales. Por tanto, es posible dar cuenta que aparece un circuito de programas de los que fueron parte y las referencias de las mujeres sobre los cambios que fueron percibiendo, cierta trayectoria en "planes sociales" (De Sena, 2015). Otras entrevistadas llevan entre dos a ocho años con CP y las restantes se encuentran haciendo el trámite de inscripción a través del Ticket Social. La inscripción a la Red Primeros meses en todos los casos es más reciente.

Si esa vez. Antes había las cajas ¿Te acuerdas? Las daban ahí en la villa. Yo vivía ahí en la villa Ramón Carillo. Ahí surgió que están dando la tarjeta, no sé qué dijeron, entonces empecé a moverme, pero no podía entrar che, se hacía difícil, no podía. Entonces un día, al Parque Avellaneda siempre fui, ahí entré. Ahí me recibieron era una señora muy amable, era el día de mi cumpleaños. Y así agarré che. Y de ahí me mandaron acá. Y ahí me recibieron también. Y ahora se me cortó y no sé (Feli).

La categoría antigüedad se conformó a partir de dos códigos: antigüedad de la inscripción y antigüedad del cobro. Esto se debe a que se mencionó en varios relatos la dificultad para ingresar al Programa, y en muchos casos el trámite fue abandonado y retomado varios años después. Es decir, no se enteraron si fueron registradas o no. Esto evidencia la falta de información que tienen las mujeres respecto a los tiempos que el proceso requiere y las modalidades del programa.

En esta línea se observa que el primer cobro se percibe como una recompensa luego de tanto esfuerzo.

No, a mí me tardó en salir, este, la Ciudadanía Porteña, caminé un montón, y ya que no me salía lo dejé, lo di por perdido. Después no sé unas amigas me dijeron "dale anda, capaz te salió" y me animé, porque casi caminé como dos años y recién ahí me salió. Y de ahí fui a preguntar y un día me había salido. Justo ese mes que yo ya me rendí me había salido. (Patricia)

Fue un poquito complicado porque o sea que no sabíamos dónde nos correspondía, a mí me mandaron, no me acuerdo ya, por Parque Patricios. Y fuimos y había un montón, era la espera, más cansancio, todo el día estuvimos porque había como no sé quinientos mil es poco, no sé, estábamos llenos, lleno un salón enorme (...) para entonces yo estaba trabajando en limpieza y yo pedí permiso ese día y dije: no, tengo que ir a hacerlo bueno si me sale bien para mí y si no me sale bueno también

qué voy a hacer. Y bueno tuve que pedir permiso todo el día, perdí el día, pero después pude obtener la tarjeta. (Ana)

Por otro lado, la intergeneracionalidad en este tipo de programas resulta un hecho interesante de analizar. Algunas de las mujeres entrevistadas son abuelas que están en las sedes del Programa con sus hijas y nietos. En algunos casos son madres con hijos chicos o mujeres embarazadas que tienen también hijas/as jóvenes con sus niños. También hay casos de madres que los hijos crecieron, ellas siguen cobrando Ciudadanía Porteña y los adolescentes se inscriben en Estudiar es Trabajar, lo que va construyendo en las mujeres una trayectoria como beneficiarias y receptoras de ayudas (Halperin, et al, 2011; De Sena, 2015).

Estrategias y trayectorias de las mujeres en los circuitos de salud

El enfoque adoptado en la investigación supuso un abordaje integrador basado en una perspectiva holístico-relacional que tuvo en cuenta el análisis de la salud materno-infanto-juvenil como relación social. En un nivel exploratorio acotado a los relatos de algunas mujeres que perciben el Programa, se indagó sobre el vínculo con los servicios de salud, sus experiencias, saberes, estrategias desplegadas y factores que inciden en la elección de los lugares de atención.

Las mujeres forjan, a través de sus prácticas y estrategias, articulaciones entre distintos sectores de atención de la salud y se presenta como un actor central en este proceso. El análisis se enfocó en la cuestión de salud de los niños/as y de las mujeres embarazadas, si bien aparecen referencias a la salud de las mujeres (que no están embarazadas) y enfermedades que padecen. Este tema podría continuarse en una futura investigación que indague acerca de las concepciones y experiencias en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención que atraviesan dichas mujeres.

Todas las mujeres entrevistadas son las encargadas de los cuidados de salud de sus hijos. Una de ellas también de su nieta, ya que está a su cargo, por lo tanto, recae en ellas la responsabilidad de la realización de los controles de salud que requiere el Programa.

Tal como se señalaba anteriormente, dependen de los servicios públicos de salud en la mayoría de los casos. Dentro de los diferentes efectores de salud, en general son los CESAC (mencionados como salitas por las mujeres entrevistadas) a los que se asiste para los controles de salud de niño sano y desarrollo nutricional (que requiere CP) para vacunar a los niños y controles de embarazo. Cuando aparece una enfermedad o una situación que se detecta en el ámbito familiar como grave para la salud del niño concurren directamente a las guardias de los hospitales públicos.

Van mucho más al CESAC que a hospitales. Yo a veces cubro el sector de Alta bebés, y veo más mamás con sus bebés y ahí veo que la mayoría vienen de CESACs, las salitas de sus propios barrios. (Técnica CP).

El factor que incide en la elección del CESAC es principalmente la cercanía geográfica al hogar.

En el barrio, en la salita 24. (Roxana).

Y al centro de salud más cercano, o de lo contrario a la guardia del hospital. (Sonia)

Si están enfermos directamente voy al hospital. (María Selva).

Entrevistadora: ¿Y a la salita cuándo vas?

Y cuando no está tan enfermo. Estando enfermo no. Lo llevo para su control del niño sano (María Selva).

Asimismo, en algunos casos en que los niños tienen obra social se decide concurrir a los servicios públicos por una cuestión de accesibilidad y cercanía.

Pasa que tengo tres chicos que tienen otro papá y tienen obra social ellos, y yo los dejo con el papá, yo soy mamá sola que tengo 4 hijos a mi poder y así que los tres chicos se atienden por obra social, va de vez en cuando porque está muy lejos y es complicado llevarlo. Así que más lo hago atender en la municipalidad, porque lo otro es más complicado porque te tenés que ir a otro un lugar más lejano. A todos los llevo al Piñero (Sonia).

Las cuestiones vinculadas a la dificultad de conseguir los turnos aparecen como la principal complicación en torno a los servicios de salud desde la visión de las mujeres.

Lo único complicado es cuando no encontrás turno cuando son enfermos. Sólo dan 10 números, nada más que 10 números en la salita, hay días que anotan 6 números, solo eso por día. Por ejemplo, yo estuve como 3 semanas en búsqueda de clínica, estaba también tan resfriado, y a mí me estaba agarrando broncoespasmo. (Sonia).

Al hospital tenés que ir temprano, a las 4 tenés que estar en la cola sino no te atienden más. (Nati).

Te dan turnos para mucho tiempo, si voy al hospital es por alguna urgencia que no te atiendan en la salita derivada, rara vez. Te dan los turnos más o menos para un mes. (Laura).

Las trabajadoras sociales son quienes hacen acompañamiento e intentar facilitar los turnos, frente a la dificultad que representa para las madres, en algunos casos, programar los turnos con un más de un mes de anticipación.

Son familias atravesadas por miles de cosas, con dificultades, viven en el día a día y quizás no pueden programar mucho a futuro, tienen que resolver la conflictiva que tienen hoy, entonces eso de pensar con una semana es mucho. Viven en el día a día. (Trabajadora Social 1 Santojanni).

Por ahí gente que no encuentra turno en el hospital, se va a hacer el control en las medicinas comunitarias, que tienen honorarios muy accesibles, y claro eso no sirve porque tenés que poner un código de la institución pública que le firma, suponte que se atiendan en un servicio que no es público, pero es accesible, es del tipo público, no sirve. (Médica Cesac).

Con respecto a la disponibilidad de turnos en los servicios públicos (principalmente los asignados a través del Cobertura Porteña) y la continuidad de los controles, los profesionales de la salud distinguen entre aquellas mujeres que tienen un capital social (sensu Bourdieu)³⁷ mayor y deciden continuar la atención con un mismo médico, y aquellas que van rotando en el circuito de atención por diferentes profesionales.

Si bien hay algunas mamás que son un poquito, que tienen un poquito más de herramientas y dicen: “¡no, a mí me atienden la doctora Mónica, yo quiero con la doctora Mónica!” Hay otras mamás que no terminan de entender cómo es el sistema, y como que hacen caso a todo lo que le dicen: “no ahora vas con el doctor Pérez, no ahora vas con el doctor Gómez” y no ponen resistencia, entonces ellas cumplen y ven que está la libretita firmada todos los meses por un médico diferente, entonces me parece que ahí se pierden un montón de cosas. (Médica CMB y Hospital Santojanni).

Estas trayectorias en los circuitos de salud les fueron proporcionando a las mujeres entrevistadas cierto conocimiento sobre cómo moverse en el subsector público.

Se construyó la categoría analítica “fondo de recursos” para definir este saber adquirido. El “fondo de recursos” integra prácticas, experiencias previas, modos de relación y comunicación con los servicios de atención de la salud. Se trata de las formas de vivir, de relacionarse con el sistema de salud, y de “vivenciar” la salud y la enfermedad (Petracci, Cuberli, Palopoli, 2010).

En el análisis de los relatos se destaca la construcción de este fondo de recursos que les permite moverse en el campo de la salud. Las mujeres saben cuáles los centros más cercanos,

³⁷ Por capital social se refiere a la definición de Bourdieu (1979a: 3-6; 1980:2-3 en Giménez, G, 1997) en la cual se define como capital a los recursos puestos en juego en los diferentes campos, y específicamente al capital social como: “la red de relaciones movilizables” (pp.3-6).

qué servicios disponen, qué recursos encuentran en otros centros más alejados y a dónde concurrir cuando necesitan un especialista.

No, cuando está así nos vamos directo a la salita para sacar turno, o a veces me voy directo a guardia, hay un solo lugar por ahí por Lugano donde hay guardia, el CESAC 3, pero a veces ahí no hay doctor y nos vamos al Piñero, más seguro ahí. Sí, así me manejo. (Patricia).

Dicha cuestión también se menciona entre los profesionales de los servicios de salud.

La gente tiene como organizado un sistema de atención, como una agenda de recursos, que en realidad nosotros justamente tratamos de facilitar a la persona que se atiende diciendo acá tenés que pedir un turno o te podemos programar una consulta de niño sano, pero si tenés una emergencia mejor anda a la guardia del hospital, que la resuelve y nosotros al día siguiente la controlamos. (Médica CESAC).

La información sobre recursos, horarios y la experiencia se comparte con los médicos que las mujeres tienen mayor vínculo y principalmente con los amigos/vecinos, así se van construyendo redes de reciprocidad y comunicación. Tal como reflexiona Uranga (2009) ello implica entender a la comunicación como una narración que surge de la experiencia y de la práctica de la vida cotidiana de los sujetos.

Tienen mucha información y el que la sabe la difunde, en la sala de espera, boca a boca, eso es así, me contó la mamá de fulanito, en el jardín o la paisana que trabaja con ella en el taller, entonces vienen a pedir el recurso específicamente, la leche es uno de esos, sabe que acá le damos la leche sin problemas. Entonces dicen qué hay que hacer para que te den la leche, controlarte, esto, lo otro y listo. (Médica CESAC).

La información se va multiplicando, conocen sobre los centros de atención donde ir, eso como que se va multiplicando, mi vecina me dijo que, entonces yo después se lo digo a otro, viste como que se arma toda una red. (Trabajadora social 2 Santojanni).

En estos relatos se evidencia el aspecto social de la comunicación. Siguiendo a Cuberli (2011) resulta fundamental considerar aspectos como el intercambio y uso de significaciones y sentidos que los usuarios les dan a sus prácticas en los servicios de salud. En este sentido se objeta “el conocimiento de la comunicación desde un ángulo monodisciplinario o que considere de modo reduccionista considerar el proceso en el soporte de la comunicación, el receptor, emisor o el contexto social (pp.349).

Las subjetividades de los diferentes actores en torno a CP

La primera pregunta que aparece desde el inicio del trabajo de campo es ¿De qué forma accedemos a los significados que los sujetos construyen sobre el Programa?

Uranga (2007) nos va a dar una primera respuesta que orienta el análisis. El autor sostiene que accedemos a los significados a través de la formulación que estos sujetos hacen de su mundo y de las acciones que llevan adelante en situaciones concretas. Estas formulaciones están construidas a partir de percepciones, concepciones y las evaluaciones de los sujetos y su relación productiva y a la vez determinada por las condiciones materiales de existencia. Las concepciones son definidas por Daniel Prieto Castillo (1990 citado en Uranga, 2007:15) como: “la manera de entender algo, de juzgarlo” y que:

(...) resultan de una mezcla de conceptos y estereotipos, donde los límites entre lo que puede ser demostrado, validado con alguna solidez y lo que proviene de la experiencia, de las creencias, están poco marcados. Un estereotipo es una versión parcial y emotiva de algo, versión que puede ser más o menos rígida. Las prácticas cotidianas se orientan, y a veces determinan, por esas concepciones (Castillo, 1990 citado en Uranga, 2007:15).

Por su parte, las evaluaciones, refieren al:

(...) atributo que se le da a algún objeto, ser o situación. En general se evalúa positiva (calificación) o negativamente (descalificación). La vida cotidiana consiste en una infinita trama de aceptaciones y rechazos que tiene que ver directamente con la forma de evaluar. A evaluar se aprende a lo largo de las relaciones familiares, interpersonales y dentro de otros grupos. Concepciones y evaluaciones determinan la forma de percibir, siempre que se ve algo, simultáneamente se lo está interpretando y valorando. La percepción es un problema cultural y no una simple captación del entorno”, porque “percibimos a través de nuestros juicios”. (Castillo, 1990 citado en Uranga, 2007:15-16).

En primer lugar, se indaga en la descripción que se hace del Programa institucionalmente, en la legislación que lo reglamenta, desde la comunicación a través de su portal Web y desde las entrevistas a los técnicos y gestores del mismo.

El artículo 1° de la Ley 1878 del 2005 lo define como “una prestación monetaria mensual por hogar beneficiario no retributiva, intransferible e inembargable, que se otorgará según las condiciones (...)”.

Institucionalmente a través de sus canales de comunicación como ser: la Web, folletos y afiches, se define como “un programa para garantizar los derechos sociales y el ejercicio de la ciudadanía”. En tanto que su complemento la Red Primeros Meses aparece como “un programa social para madres de recién nacidos y embarazadas”.

En la práctica las palabras usadas para referirse al Programa son “beneficio” y a la población destinataria “beneficiarios”.

Es un beneficio que apunta a gente con muy bajos recursos, te diría en situación de mucha vulnerabilidad, y lo que tiene de bueno para mí Ciudadanía Porteña es que se puede acceder teniendo una pensión. (Técnica CP).

Entre las coordinadoras y técnicas también se describe como una “cuestión de derechos” que tiene como objetivo cortar la producción intergeneracional de la pobreza. Asimismo, también se menciona como un “estímulo” que no reemplaza al empleo. Esta descripción del Programa puede ser analizada a la luz de las perspectivas de Zibecchi (2011) Puello-Socarrás y Gunturiz (2013) quienes reflexionan sobre la incapacidad que muestran los PTCI para hacer frente al carácter estructural de la pobreza.

Los objetivos son cortar la producción intergeneracional de la pobreza. Lo que sustenta el pensamiento de este programa es que la única manera de que realmente ese círculo vicioso se corte es a través de la educación, por eso es un programa que pide a los beneficiarios de este subsidio un compromiso, cumplir con ciertos compromisos que tienen que ver básicamente con una cuestión de derechos. (Coordinadora CP).

Por último, también se define oficialmente como un “programa alimentario”. Ello se vincula con el hecho que es una tarjeta precargada destinada principalmente para la compra de alimentos.

El CP es un programa alimentario que está desde hace tiempo, 2005 que empezaron las inscripciones. (Coordinadora Red Primeros Meses).

En cuanto a los profesionales de los servicios de salud, aparece la cuestión del subsidio y la importancia del control de salud.

Ciudadanía Porteña es un programa donde le dan, no sé cómo son las condiciones de ingreso al Programa, pero la familia que reúne las condiciones recibe un subsidio mensualmente y tiene que comprobar que concurrió a los controles de salud y que los chicos están escolarizados. (Pediatra CMB).

Pero también es vista con cierto resquemor la idea de que es un “beneficio” y la nominación “beneficiarias”. Al respecto una de las trabajadoras sociales de un CESAC expresó:

Y también como para equiparar derechos, no para que se diga “ah eso es un beneficio” eso no me gusta. (Trabajadora social CESAC).

Por último, a partir de una lectura general y conjunta de las entrevistas, se describen las percepciones que surgieron en las mujeres. Ello permite observar la mirada que se construye sobre los planes sociales. La palabra más destacada entre las mujeres que perciben el Programa fue “ayuda”. Aparece en todos los relatos, se ha realizado un recuento y la palabra se menciona veintisiete veces.

Los siguientes extractos reflejan esta situación:

El Ciudadanía es una ayuda muy buena, en mi caso por ejemplo ahora me viene muy bien, porque tengo muchas cosas que recibo como de arriba, es una ayuda buena. (Nati).

Es para hacer una comprita y para mí era una ayudita eso, una ayuda que me favorece bastante, yo estoy agradecida con los gobernadores con todos aquí en Argentina. (Feli).

Y está bien porque es una ayuda que te dan para los víveres. (María Lourdes).

(...) ella tiene su pareja, pero cobra la tarjeta igual porque no llega el límite del sueldo del marido como para vivir. Le ayuda muchísimo. (María).

Tal como señala Halperín et al (2011:127) sobre la AUH, dichos programas se instalan “como un programa más de los tantos por los que cada mujer resultó beneficiaria y que “ayuda” a mantener a los pobres en situación de pobreza”. La ayuda se convierte en socorro. Se refuerza la imagen de socorrer a alguien en tanto que se lo ayuda. En este sentido, aparece en los relatos la idea de que “es algo que viene de arriba”, algo beneficioso, que las “salva” frente a la falta de empleo, también aparece vinculado a la compra de alimentos para los niños y que acompaña en algunos casos los bajos salarios percibidos por sus parejas.

Me salva un montón poder traer del supermercado lo que necesito. (María).

A mí me hace bastante bien, porque esta temporada tuve accidentes, me fracturé la muñeca así que estoy con eso (Sonia).

Además, en los relatos aparece la concepción de que es “algo”, en referencia a que no suficiente, que no alcanza para cubrir sus necesidades, pero que les ayuda.

Esto te ayuda, en algo te ayuda, algo te ayuda porque ¿quién te va a dar eso en la vida? Nadie ¿quién te va a dar un peso en la vida? Nadie, y esta así, estos planes así alquito, es una ayuda, por lo menos te ayuda en algo, para mí es así. (Feli).

Para mí está bueno. Para mí es algo mucho, para las personas que necesitamos. Yo compro la leche, yogurt y el pañal. Si todo para mi hija, tampoco es mucho. Ayuda mucho igual. (Alicia).

Capítulo 6

Matriz comunicacional del Programa en relación al componente de Salud

La formulación e implementación de una política pública, y específicamente una política social de transferencia condicionada de ingresos, como es Ciudadanía Porteña, configura un modelo de comunicación gubernamental que entraña una manera de comprender el tipo de características que rigen esos intercambios.

Tal como señalan Bruno y Demonte (2013) luego de los años de impronta neoliberal, se han producido debates político-académicos con profundas implicancias sobre el Estado y su relación con la sociedad, lo que ha configurado cambios en la dimensión político-técnica, y paralelamente “se ha ido otorgando una importancia creciente a la mirada comunicacional como dimensión o componente estratégico necesario en la construcción de políticas públicas” (p.3).

Es por ello que luego de haber iniciado un primer acercamiento a la historia de las mujeres en el Programa, sus condiciones de vida y trayectorias en los servicios de salud, el análisis se enfoca en la comunicación como aspecto central de las políticas públicas.

La pregunta inicial que se formula es ¿Qué lugar ocupa la dimensión comunicacional en un PTCI? Sin embargo, el análisis se profundiza al interrogarse ¿Cuáles son las particularidades de la comunicación sobre salud en un PTCI?

A partir de las entrevistas realizadas a las coordinadoras y técnicas del Programa se advierte que las estrategias de comunicación institucionales se centran básicamente en un tipo de comunicación interpersonal (cara a cara) con las beneficiarias. Si bien se mencionaron otros canales de información³⁸, como ser: el 0800 de la tarjeta Cabal a partir del cual se dejan

³⁸ En la narración de una mujer entrevistada aparece la referencia un canal de comunicación no institucional que informa sobre cuestiones vinculadas a CP. Se trata de una radio comunitaria de Villa

mensajes telefónicos para informar operativos de entrega de certificados y sobre la posibilidad de inscribir a algún miembro del hogar en los programas Estudiar es Trabajar y la Red Primero Meses, y el portal Web (se analizará en el apartado siguiente) fundamentalmente se observa que se pondera un modelo de comunicación interpersonal situado en las Oficinas de Atención del Programa.

Descripción de las Oficinas de Atención

Con el objetivo de explorar el recorrido que hacen las beneficiarias dentro del Programa se describen las características de oficinas, las áreas que las conforman y las funciones que cumplen. Cabe resaltar que tal como se ha indicado en el apartado *Descripción de CP*, las dos sedes cumplen funciones diferentes, por lo tanto, se ha conversado con personas que estaban en una sede ubicada en Palermo y para completar su trámite, por ejemplo, retirar la tarjeta de Red Primeros Meses, se dirigían ese mismo día a la otra sede ubicada en Flores.

Resulta interesante realizar una descripción de la estructura y el diseño de la sede de Salguero, la cual fue remodelada recientemente readecuando los espacios ya que ésta se subdivide en cinco oficinas las cuales desde la entrada hasta la última sección todas se encuentran señalizadas con números y colores que representan los “pasos” que pueden atravesar los/as beneficiarias (ver fotos adjuntas en Anexo) en el proceso de inscripción.

La primera oficina es el Área de entrevistas, el primer paso para acceder a CP. Las entrevistas iniciales se realizan con turnos, se hacen a personas que les ha aparecido como “no otorgado” en la categoría de registro del padrón de beneficiarios. Luego se encuentra el Área de revisión, le sigue en orden de ubicación el Área de alta bebés, luego el Área del programa Estudiar es Trabajar y por último el Área de consultas. Los certificados de educación y salud se presentan en consultas. Durante el periodo de observación se han relevado principalmente las siguientes consultas: se interrumpió el cobro y no sabe por qué, la tarjeta dejó de funcionar, dónde puede retirar la tarjeta, nació un bebé, tiene Ticket social y aún no lo han pasado a CP, quiere baja por fallecimiento de un familiar o cambio a la AUH.

Las personas son atendidas por colores que diferencian los motivos de consulta. En la sala de espera se encontraron habitualmente aproximadamente entre diez y quince personas en constante movimiento, muchas de ellas mujeres con sus hijos. Para los niños hay un pequeño sector de juegos.

No se ha observado material gráfico (afiches, folletos) ni carteleras con información del Programa en general o sobre salud.

Lugano que ella escucha frecuentemente y comunican cuestiones como: “tienes que llevar tal papel y tal papel”.

En la sede de la calle Curapaligüe la disposición es otra: una recepción, el stand de Cobertura Porteña, una sala de espera y oficinas de entrevistas donde en el caso de las madres que se inscriben a la Red Primeros meses se les informa los controles que deben realizar, se les entrega un paquete de pañales, el cambiador y una batita para el bebé, y se las deriva al stand de Cobertura Porteña, mientras que si ya están inscritas se realiza el seguimiento de los controles de su libreta.

Durante el periodo de observación en la sala de espera, que tiene espacio para aproximadamente treinta personas, se registraron pocas personas, menos de diez, dependiendo del horario.

En la sala de espera hay un televisor donde se reproducen constantemente tres videos institucionales que comunican a través de un dibujo animado sobre lactancia materna, alimentación en el primer año de vida, y cuidados el bebé en general: accidentes domésticos, los cuidados al momento de cocinar con el bebé (Ver descripción del video en Anexo).

Asimismo, hay folletos sobre lactancia materna. Es un folleto desplegable (ver Anexo) con la misma estética de los videos que comunica respecto a lactancia materna: recomendaciones para amamantar sin dificultad, explicación simple y breve de por qué es el mejor alimento para el bebé, para la mamá, cómo quitarse leche y conservarla cuando la mamá no está. Fue realizado por el Programa de Desarrollo de Políticas Alimentarias y Nutricionales del Ministerio de Desarrollo Social.

En las paredes hay afiches referidos al Plan de Cobertura Porteña de Salud (qué beneficios tiene, quién puede afiliarse, dónde conseguir los medicamentos) y a talleres que se realizaron en el mes de febrero sobre alimentación y puericultura. En el pasillo de entrada también se observa material gráfico en las paredes de campañas impulsadas por la Dirección General de la Mujer contra la violencia de género; información sobre Cobertura Porteña, sobre Estudiar es Trabajar y un afiche sobre alimentación del Programa de Desarrollo de Políticas Alimentarias y nutricionales del Ministerio de Desarrollo Social (Ver Material gráfico en anexo).

La comunicación interpersonal en las Oficinas de Atención

Para este análisis cabe diferenciar entre las dinámicas comunicativas vinculadas a CP de las de su complemento Red Primeros Meses.

En el proceso de inscripción a CP (a través de Ticket Social) la documentación respecto a controles de salud que se requiere para finalizar el trámite se comunica en los Servicios Sociales Zonales (donde habitualmente se realiza la primera instancia del trámite) o en las Oficinas de Atención y se les imprime un papel donde figuran los controles que tienen que presentar.

Se ha podido conversar con algunas mujeres que les faltaban ciertos controles de salud de los bebés y debían volver con esa documentación cuando la tuviesen. En ese caso se les reescribía en el papel de inscripción la documentación faltante a modo de recordatorio.

En la siguiente instancia, una vez finalizado el proceso de inscripción, al momento de retirar la tarjeta se informa cuáles son los controles de salud que deben seguir presentando para mantenerse en el Programa de acuerdo a la edad de los hijos.

En la Red Primeros Meses se observa un mayor énfasis a nivel comunicativo puesto en los controles de salud, éstos se informan en entrevistas individuales con la coordinadora. Asimismo, cuando se inscriben se realiza una encuesta para evaluar el riesgo social y biológico que la persona tiene y de acuerdo a cada situación se las deriva con trabajadores sociales de referencia (TSR) que se organizan por comunas y hacen el acompañamiento en cuanto a los controles de salud y el manejo de la tarjeta.

Luego el proceso continúa con turnos asignados en donde se detalla en un papel impreso la frecuencia de los controles y las fechas para la presentación de los mismos. Las embarazadas deben presentar los controles en las semanas doce, veinticinco y treinta y seis de embarazo, en tanto que de los bebés a los seis meses deben presentar cinco controles mensuales y a los doce meses 3 tres controles bimestrales para percibir el cobro del monto asignado por la Red Primeros Meses.

Si las personas no asisten a los turnos se las llama por teléfono para saber por qué no asistieron, qué controles les faltan y se les asigna un turno nuevo.

No, cada vez que me falta alguna cosa vengo y ahí me dicen cada qué tiempo vienen y así. (María Lourdes).

Además, en todos los casos, otro modo informar los controles de salud en tanto condicionalidades es la presentación de una carta de compromiso en el momento de la entrevista para que la persona firme el consentimiento de los requisitos y obligaciones a cumplir. Esta modalidad se implementó desde hace aproximadamente un año atrás y al respecto una las técnicas de CP expresó:

Se empezó a hacer porque mucha gente venía y decía, “bueno a mí nadie me dijo que presentar” y después se descuenta, bueno la escolaridad es lo único que descuenta en el monto de Ciudadanía Porteña, y bueno después la gente viene muy enojada y muchos alegaban esto : “A mí nadie me avisó” “ Yo no sé” “Cuando me dieron la tarjeta fue en el 2005 que se yo lo que tengo que hacer” Bueno entonces lo que se hace es como un repaso de cuáles son las obligaciones, las cosas a cumplir. (Técnica CP).

Esta carta compromiso, posee un carácter instrumental, su función no es simplemente informar sino servir como “pacto” entre las partes. En este sentido, los términos “corresponsabilidades” o “compromisos” con los cuales se mencionan los controles de salud a nivel institucional parecieran remitir a la idea de que el Estado y los beneficiarios constituyen una suerte de contrato social donde ambos tienen que cumplir con su parte.

Con respecto al modo en que se comunican los controles, según las entrevistas a las coordinadoras y técnicas, en la práctica queda muy del lado de la subjetividad de cada agente de atención, dependiendo de la relación comunicativa que entable con la persona.

Si bien es posible reconocer estos matices, el modo comunicación propio de este ámbito gubernamental forma parte de una cultura organizacional, que en tanto marco de referencia lleva a tener una concepción más o menos homogénea de la realidad, sistemas de significados, y por tanto un patrón similar de comportamiento ante situaciones específicas.

En general desde el Programa aparece la idea del control de salud como requisito, pero también que orienta a promover el “capital humano” en la población a partir de enfatizar en la importancia del control de salud de sus hijos.

Entonces lo que yo trato de hacer es intervenir desde lo que yo sabía que era un requisito para el programa, pero además desde una cuestión que es importante para vos, más allá que sea para cobrar esto, es importante que el nene tenga esto al día (Técnica CP).

En cuanto a los controles de salud, las informantes del Programa indican que no hay numerosas consultas o dudas al respecto, sin embargo, algunos relatos ponen de manifiesto procesos intercambio y negociación de sentidos producto de diversas creencias y prácticas relacionadas con la salud de los distintos sujetos, códigos lingüísticos y componentes culturales del proceso de salud-enfermedad-atención al momento de la comunicación del control de salud como requisito para el cobro del subsidio.

Muchas veces por ahí como que se sorprenden que le pidas vacunas, eso me ha pasado que mí me sorprendió también mucho. Como que te preguntan: Ah, ¿Eso también es importante? Sí claro, es importante que esté vacunado con el calendario al día de vacunación (Técnica CP).

Por otro lado, el caso particular de una mujer que relata una situación conflictiva en la cual la obstetra no quiere certificar el control, pero desde la Oficina de Atención le indican que corresponde, hecha luz sobre una perspectiva de los derechos sociales en el discurso y la retórica de los PTCI (Zibecchi, 2008) pero que, sin embargo no se condice con obstáculos simbólicos y reales que enfrentan las mujeres al momento de acceder a los servicios de salud y aquellos aspectos vinculados al carácter estructural de la pobreza.

Este sello tiene que estar acá, de cada control que me haga. Pero ella no lo quiere sellar. Y acá me dijeron que este es mi derecho de sellar. Pero ella no me entiende (Roxana).

En síntesis, el modelo de comunicación de la gestión del Programa recurre a una dinámica interpersonal, marcada por asimetrías de poder (Estado-beneficiaria) que funciona dentro de una trama social conformada por matrices socioculturales diversas y concepciones de salud atravesadas, en algunos casos, por el temor de perder el subsidio.

Los médicos como principal fuente de información

Los controles de salud materno-infanto-juvenil y el calendario de vacunación requeridos por CP son los estipulados por la normativa nacional del Ministerio de Salud y recomendados por la Sociedad Argentina de Pediatría. Es por ello que a partir de la primera visita al médico son los profesionales de la salud los que informan los siguientes controles.

Somos nosotros los que vamos indicando cuando son los controles, porque es algo que está protocolizado cuantos controles se hacen a cada edad. (Médico CMB).

Cuando a las mujeres se les preguntó qué tipo de controles deberían hacer y cuál era su frecuencia, uno de los puntos en común de las narraciones fue que se trataba de indicaciones que les daban los pediatras u obstetras cada vez que iban.

No, yo voy a la doctora y ella me va diciendo que tengo que volver cada 3 meses, 4 meses. (Sonia).

Y para hacer los controles te van dando los turnos los médicos. Ellos te dicen las fechas y todo eso. (Mariela).

Como recurso que acompaña estas indicaciones, las mujeres de la Red Primeros Meses que están inscritas a Cobertura Porteña poseen una libreta con las fechas de los controles, los tipos de controles y el espacio para que el médico detalle cada control. Además, se completa con información sobre cuidados del bebé y del niño en las diferentes etapas de crecimiento, prevención de accidentes, alimentación y el calendario de vacunación (Ver libreta Red Primeros Meses en Anexo).

Dicha libreta fue valorada como herramienta y como fuente de información sobre promoción de la salud por todos los profesionales de la salud entrevistados.

Es como una historia clínica ambulante de la mamá. (Médica Santojanni y CMB).

Es completa, está buenísima, aparte de los controles tiene información, está buena. Es una libretita grande (...) Es linda, es amarilla por supuesto (risas) pero tiene mucha información de buena

calidad, está buena la información, de prevención de accidentes, de alimentación, está toda buena. (Médica CESAC).

Por fuera de la relación comunicativa que se establece con el médico, en donde se indica la frecuencia del control, en las salas de espera de pediatría y el servicio social del hospital observado, los CESAC y el CMB, no se ha registrado ningún material gráfico específico que dé cuenta de la cuestión de salud de CP. En relación a los PTCI lo único que se observó son stands con referentes ANSES que informan e inscriben a la Asignación Universal.

Las relaciones entre dos campos: Desarrollo Social – Salud

Las transformaciones operadas en las dos últimas décadas en la política social han promovido la emergencia de nuevos actores. Los controles de salud requeridos por el Programa comprenden relaciones entre el campo de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el campo de las políticas sociales, y los agentes que operan en ellos.

En el desarrollo de CP intervienen el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación (que no es eje de análisis en la presente tesina).

En este sentido se podría pensar en campos, siguiendo la teoría de Bourdieu, quien define el campo como todo sistema de relaciones sociales que funciona de acuerdo con una lógica que le es propia y que se debe tener en cuenta para explicar su evolución (Bourdieu en Boschetti, 1990).³⁹ Un campo, por tanto, es una esfera de la vida social que se ha ido autonomizando progresivamente a través de la historia en torno a cierto tipo de relaciones sociales, de intereses y de recursos propios, diferentes a los de otros campos.

Los controles de salud requeridos como contraprestación en CP se pueden realizar a través del sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires: hospitales, Centros de Atención Primaria (CESAC) y Centros médicos barriales (CMB), y también por obras sociales.

Es decir que contemplan un primer nivel de atención en salud. Es por ello que se realizaron entrevistas con profesionales de los servicios de salud de los consultorios externos de los hospitales, de los CESAC y de los CMB.

CP articula con el programa Cobertura Porteña del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Este programa, que reemplazó en el año 2010 al Plan Médico de Cabecera, brinda cobertura de salud para aquellas personas residentes de C.A.B.A que no poseen obra social ni medicina prepaga. Los profesionales del Cobertura Porteña atienden (a través de turnos programados por medio de la línea 147 o vía internet) en los Centros médicos barriales y en consultorios particulares.

Una vez inscriptos a CP se les sugiere inscribirse en Cobertura Porteña de salud para agilizar los turnos y poder contar con una cobertura de salud.

La articulación con este programa dependiente del Ministerio de Salud se produce mayoritariamente a través de la Red Primeros Meses. Las personas que se registran en la Red son derivadas a los stands de Cobertura Porteña que se encuentran en los centros de salud y en la Dirección General de Ciudadanía Porteña (sede Curapaligüe) donde hay una persona que se encarga de inscribir y asignar turnos para los controles del embarazo y del bebé.

Al respecto, la coordinadora del programa CP mencionó que cuando las mujeres se inscriben a la Red hay un sistema compartido por todas las instancias que participan del programa, que son: el Servicio Social Zonal que inscribe, la Red que funciona dentro del programa Ciudadanía Porteña que son los que realizan las entrevistas para la presentación de los controles, los equipos de trabajadoras sociales de referencia (TSR) que hacen el seguimiento de los hogares con riesgo y Cobertura Porteña de salud, que hace el seguimiento desde salud.

En relación a la articulación con Cobertura Porteña aparecen diversas percepciones de acuerdo a la experiencia y vínculo con el tema. La coordinadora refiere que:

Si bien todas las personas que se incluyen en la Red son derivadas a Cobertura Porteña, no todas aceptan, algunas no quieren tener Cobertura o los que tienen obra social no pueden tener Cobertura Porteña porque no es compatible (Coordinadora CP).

Los médicos y trabajadoras sociales perciben, a partir su práctica y experiencia, algunos aspectos negativos en esta articulación, relacionados con la dificultad que tienen las personas de comunicarse con el 147 para la asignación de turnos, en algunos casos las distancias entre el CMB y los hogares, y cuestiones institucionales vinculadas a la falta de profesionales.

Lo que pasa es que lo que tiene la red Primeros Meses es que ellos les obligan a las mamás que hagan a través de Cobertura Porteña. Cobertura Porteña del Santojanni está como un poquito diezmada de profesionales entonces muchas veces a la mamá le queda lejos ese lugar, y tiene a una cuadra de su casa un centro de salud, entonces prefiere hacer controles en el centro de salud, lo que pasa que para la Red Primeros meses la obligan a trasladarse al consultorio de Cobertura Porteña, y le queda lejos, por ejemplo, tengo tres mamás que tienen mellizos y otros chicos, imagínate mellizos bebés en esa gente que vive en general en la villa, no puede tomarse un remis, entonces viene con los chicos colgando una vez, después dice a mí no me conviene venir hasta acá. Después a lo mejor viven cerca de un centro de salud y les conviene (Medica Santojanni y CMB).

En este relato se enfatiza la obligatoriedad de la inscripción a Cobertura Porteña, sus problemáticas, y los factores que inciden en la decisión de los lugares de atención por las

madres de acuerdo a la accesibilidad y conveniencia en términos de distancias y cuidado de sus otros hijos.

Conozco gente que empezó a atenderse en el centro de salud que renunció a lo que sería el Cobertura porque dice “no me resuelve, es más lío, está buenísimo que me quedaba cerca y me gustaba el médico, pero la verdad que entre que pedir el turno, que no podía llevar a todos los chicos juntos, vengo acá”. Además, en todos los centros funciona el Programa Materno infantil que te da acceso a 2 kilos de leche hasta los 5 años. Y desde Cobertura no te dan la leche, entonces (Trabajadora social CESAC).

En este sentido resulta interesante reparar en el hecho que los CESACs no cumplen únicamente una función médica, sino que se convierten en lugares de contención, acción comunitaria y apoyo nutricional (entrega de leche).

De acuerdo a las entrevistas con los médicos/as y trabajadores sociales, la dificultad mayor es la comunicación telefónica con el 147.

La línea 147 atiende todo, es muy difícil. Podés pasar más de 20 minutos, y es lo mismo sacar turno para sacar el registro de manejo, para un turno médico o para un reclamo de un árbol (Trabajadora social CESAC).

Al ser una un canal de contacto por múltiples consultas y reclamos (denuncia defensa al consumidor, reclamos en relación al espacio público, registro civil, trámite de licencia de conducir, solicitud de turnos médicos, entre otros) no logra resultar una herramienta de comunicación directa entre las personas con Cobertura Porteña y los servicios de salud.

En referencia a la dificultad para conseguir turnos y la ausencia de profesionales, una médica concluyó que “el tema de Cobertura es una acepción del término cobertura, bastante particular” (Médica CESAC 4).

Sin embargo, para los profesionales de los hospitales la posibilidad de pedir turnos telefónicos y atenderse en los consultorios es una buena oferta frente a las dificultades para conseguir turnos en los hospitales.

Nosotros motivamos mucho dentro de las charlas que damos que las personas que viven en Capital y que no tienen obra social que se afilien a Cobertura Porteña, que bueno no es que funcione maravillosamente pero bueno es algo más, es mucho más fácil que venir a las 4 de la mañana a conseguir turno (Trabajadora social 1, Santojanni).

Al interrogarnos acerca del sentido que tienen las articulaciones entre estos dos campos, retomamos los inicios del programa Ciudadanía Porteña, y cómo ha sido la comunicación del mismo a nivel de los efectores de salud.

La interacción entre los individuos y/o grupos interesados en una temática pública determinada se da dentro de un cierto marco de reglas de juego en donde el papel de las

instituciones se vuelve central (Scharpf, 1997 en capítulo V, Repetto, F., Magdalena, C y Di Virgilio, M, 2009) para el diseño y gestión de las políticas públicas. Así, las instituciones son interpretadas siguiendo a North (1993 citado en Repetto et al, 2009) como las reglas de juego formales e informales que estructuran las relaciones entre grupos, individuos, gobiernos, enmarcando las posibilidades de vinculación e intercambio de los distintos sectores. En ese sentido, la comunicación comprende complejos procesos sociales y políticos de intercambio y está atravesada por conflictos y tensiones propios de las relaciones de poder instituidas al interior de los campos y entre ellos.

Los informantes del área de salud pública al momento de referirse sobre la comunicación entre la gestión del Programa, el Ministerio de Salud y los servicios de salud le otorgaron un papel fundamental al intercambio de información para una adecuada comunicación entre el Programa y los servicios de salud. Sin embargo, según los relatos de los entrevistados, no se ha tenido en cuenta esta cuestión por parte del Ministerio de Desarrollo Social. Es decir, en la práctica concreta de CP no se advierte ninguna estrategia comunicativa con los profesionales de los distintos servicios de salud de la C.A.B.A.

Nunca, acá a los médicos nada. Nos llegó una mamá diciendo: “me tenés que firmar esto” (...). Nunca una información, nada (Médica Santojanni y CMB).

Yo me enteraba porque la gente venía y me decía “doctora me puede firmar esto” porque iban al CGP, o se enteraban, pero como oferta o como un recurso no lo teníamos tan claro (Médica CESAC).

Al parecer, el modo en el cual el Programa ingresa a los servicios de salud es a través de las madres que concurren para realizar los controles pertinentes. Ello lleva a preguntarnos: ¿Qué relación se establece? ¿Los actores consideran necesario que deben sostener relaciones? ¿Dónde se ejerce la articulación? ¿Cómo y cuáles son las articulaciones en relación a la cuestión de la salud materno-infantil entre los profesionales de la salud y el programa CP?

Durante la práctica diaria de CP, se producen relaciones entre los profesionales de los servicios de salud y los gestores del Programa. A lo largo de la investigación los informantes del área de salud, médicos y trabajadores sociales, han relatado problemáticas vinculadas al control como requisito argumentando que las fechas de presentación (en algunos casos) son estrictas e inflexibles y una complicación burocrática, principalmente en pacientes que concurren a través de la Red Primeros Meses. Tanto el médico como el trabajador social intervienen llamando por teléfono y en algunos casos concurrendo a las sedes del Programa cuando la paciente les comenta acerca de una posible interrupción del cobro si el control no se cumple en la fecha determinada, miedo que se construye en base a sus vivencias, sensaciones y percepciones.

Ahí en la sede, son como demasiado estructurados en los tiempos del programa (...) Una chica tenía que venir a controlar a su niño según la libretita tenía que venir un 16 y el turno se le dio para un 26, pero porque no había posibilidad, pero estaba dentro de los parámetros, había tenido todos los controles. (...) viene como media angustiada porque va a mostrar el carnet como todos los meses, con todo lo que eso implicaba (...) y no le querían dar el beneficio porque le faltaba el control de ese mes, y ella le había dicho tengo turno para dentro de 4 días. Y le decían “no, vos tenés que tener el turno”. Entonces fui y le dije “mira, yo no tengo por qué venir por cada persona porque tenés que confiar en la gente, te está diciendo que tiene un turno, estaba dentro de los parámetros, hubo un problema en el centro de salud, considera que estaban las fiestas”. (Trabajadora Social CESAC).

Llamamos por teléfono, diciendo mira yo soy la pediatra del centro de salud, el control no le corresponde, no voy a controlar dos veces, ya la había controlado en 15 días, va a tener un turno en 15 días y por teléfono nada. (...) Nos pidieron por escrito notificar que no había turnos en esa fecha en el centro de salud, yo no le puedo mandar por escrito un papel que diga que no hay turnos, primero porque pone en evidencia una situación que no es real, segundo porque la persona ya estaba controlada. (Médica CESAC).

La interrupción del seguimiento de un único médico y los cambios constantes de profesionales debido a la necesidad de presentar el certificado en una fecha determinada (principalmente en la Red Primeros Meses) también es percibida por los profesionales como una situación problemática a lo largo de la atención médica de una familia.

Y lo que tampoco está muy aceitado es que la asignación de turnos la hacen a veces en el CGP o la hacen por teléfono, suponte yo me voy de vacaciones 15 días, ya le cambian el pediatra, va a otro pediatra, ese pediatra se va de vacaciones y le dan un tercer pediatra, entonces no hay un hilo conductor, porque cada vez que un paciente ingresa por primera vez hay un interrogatorio de antecedentes familiares o de hecho hay a veces conductas o criterios que son un poco elásticos y vos no conoces tampoco la situación, no terminas de conocer la situación familiar de los pacientes, sus costumbres, ahí me parece que es un punto flojo de la Red Primeros Meses, yo lo hablé, digo una mamá puede esperar 15 días para un control de salud y seguir siempre con el mismo pediatra, le facilita a ella, y me facilita a mí, porque las preguntas las vas anotando, ya sabes que problemática tiene, a dónde tenés que apuntar. Eso me parece que es algo a trabajar. Viste que el pediatra es un poco el médico de la familia también, ¿no? Y cada vez que viene un chico y empezar a conocer esa familia lleva tiempo y se complica. (Médica Santojanni y CMB).

El medio de comunicación digital

Los sitios Web pueden ser comprendidos como espacios de construcción del sentido. Es por ello que la página Web del programa C.P, la cual fue mencionada por la coordinadora del

mismo como uno de los canales de comunicación institucional, se convierte en objeto de análisis con el objetivo de explorar cómo comunica el CP a través de su sitio Web y qué construcciones de sentido se vislumbran en torno a los controles de salud que requiere en tanto Programa de Transferencias Condicionadas de Ingreso.

No obstante, este análisis debe poner en escena la existencia de desigualdades infocomunicacionales (Ford, 2012) que acompañan las crecientes brechas entre riqueza y pobreza.

De las catorce mujeres entrevistadas sólo cuatro de ellas accedían a internet en el hogar, cybers o en la escuela/talleres y solamente una de ellas había ingresado alguna vez a la web para averiguar cuestiones vinculadas al Programa.

Con el objetivo de describir y hacer un análisis exploratorio del sitio Web del Programa se construyó en primera instancia una matriz de datos que fue actualizada a lo largo del periodo de campo (febrero a julio 2015) en la cual se indagó sobre dos dimensiones de análisis: Usabilidad y Contenidos.

La dimensión de análisis caracterizada como Usabilidad refiere a cuestiones técnicas asociadas a los principios de “usabilidad” de Internet, como los criterios de navegación, accesibilidad, entre otros elementos relacionados con el diseño de las plataformas, actualización, mapa del sitio, diseño y perfiles de usuarios.

En cuanto a la dimensión Contenidos, la misma comprende la información que se incluye en el sitio y la interacción que posibilita, haciendo foco de acuerdo a los objetivos de la presente tesina únicamente en lo relativo a Salud.

Dimensión Usabilidad

La página web del programa Ciudadanía Porteña compone una sección de la website institucional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se encuentra haciendo clic dentro del menú principal Gobierno, luego en la pestaña Áreas de Gobierno Desarrollo Social o ingresando a través del enlace “Red En todo estás Vos” que se ubica en la página de inicio y luego cliqueando en el menú lateral izquierdo la solapa Inclusión social.

Se puede ingresar a través de cualquier explorador, y si se busca "Ciudadanía Porteña", “Tarjeta porteña” o “Red Primeros meses” en buscadores aparece siempre en los primeros tres lugares.

Si bien la Web del Gobierno de la Ciudad es un sitio intuitivo, la información sobre Ciudadanía Porteña se encuentra en forma de listado, desagregada en varias subcategorías, donde predomina el texto, sin ser visualmente simple. En algunos casos ciertas búsquedas o tareas, como controlar la inscripción al Programa en el padrón, requieren de varios clics y la información no aparece en la primera pantalla.

El diseño respeta la identidad visual del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con los colores que identifican a la gestión del PRO (Propuesta Republicana) y con consignas a modo de eslogan como “En todo estás vos”.

El perfil de usuario es la ciudadanía en general. Lo que se observa es una página Web que funciona como una suerte de “ventana” del Programa, una presentación y descripción general, con alguna información que requiere el titular del Programa para acceder al subsidio y continuar en el mismo, pero que no se actualiza y no profundiza en cuestiones vinculadas a dudas o problemáticas que vivencian los titulares del Programa a lo largo de su inscripción o de la propia implementación del Programa.

La estructura de la sección Ciudadanía Porteña se despliega a partir de un menú lateral con módulos que contienen cierta información desagregada en:

-  Ciudadanía Porteña (Información General sobre el Programa)
-  Compromisos que asumen los hogares
-  Objetivos de Ciudadanía Porteña
-  Prestaciones que brinda el Programa
-  Mecanismos de identificación y selección de beneficiarios.
-  Pasos para finalizar el trámite
-  La tarjeta de compra
-  Entrega de Tarjetas de Compra
-  Variaciones del subsidio
-  Consulta telefónica CABAL

Con respecto a la Red Primeros Meses la información se desagrega en los siguientes módulos:

-  Objetivos
-  Público objetivo
-  Implementación
-  Circuito de Atención: Inscripción, documentación a presentar, inscripción de

niños.

A diferencia de Ciudadanía Porteña que se describe como “Un programa para garantizar los derechos sociales y el ejercicio de la Ciudadanía”, la Red Primeros meses se presenta como un programa que facilita el acceso a la salud. Se menciona como motivo del surgimiento de este programa el alto porcentaje de muertes reducibles: corta duración de gestación y bajo peso al nacer; y las defunciones por dificultades respiratorias en recién nacidos. Y en la Web se puede ingresar al mismo desde el Área de Desarrollo Social como del Área de Salud, ya forma parte de la Red de salud materno-infantil.

Dimensión contenido

Este eje comprende toda la información sobre salud publicada en la sección Ciudadanía Porteña y Red Primeros meses del sitio web de la Ciudad de Buenos Aires.

En relación a la información sobre los requisitos en salud, en la página de inicio se detalla dentro de las solapas “Compromisos que asumen los hogares” y “Preguntas frecuentes relacionadas a compromisos de salud y educación” qué controles médicos deben realizarse acorde a las edades, estrategias para constatar el cumplimiento de los compromisos y requisitos que deben cumplir los certificados. Dicha información concuerda con los objetivos del Programa expresados en la Ley 1978 y refiere que para ingresar y permanecer en el programa las mujeres deben comprometerse a cuidar su salud y la de los chicos de su hogar realizando los siguientes controles médicos:

- Controles mensuales de embarazo, parto y post parto.
- Un control de salud de niño sano y desarrollo nutricional:
 - Quincenal durante el primer mes de vida del bebé,
 - Mensual para niños hasta los 11 meses,
 - Bimestral para los niños de 12 a 23 meses,
 - Trimestral para niños de 24 a 35 meses,
 - Semestral para niños de 3 a 5 años,
 - Anual para niños de 6 a 18 años.
- Cumplir con el calendario de vacunación obligatorio.

Asimismo, se explicitan los objetivos vinculados con el derecho a la salud:

- Cooperar con la prevención y detección temprana de enfermedades
- Contribuir al pleno desarrollo de las potencialidades del niño controlando las condiciones que generan enfermedad y riesgo de muerte desde el útero materno y luego de su nacimiento
- Defender el derecho de las parejas a elegir con responsabilidad cuándo y cuántos hijos desean tener

En esta sección se deja asentado cuáles son las estrategias para constatar el cumplimiento de los compromisos, dado que para certificar que los chicos entre 0 y 18 años y las embarazadas cumplen con los controles de salud, se menciona que el Programa solicita periódicamente los certificados de control de niño sano y estado nutricional de los chicos, la cartilla de vacunación y la ficha de control de embarazo.

Por último, se informa los requisitos que deben cumplir los certificados de salud:

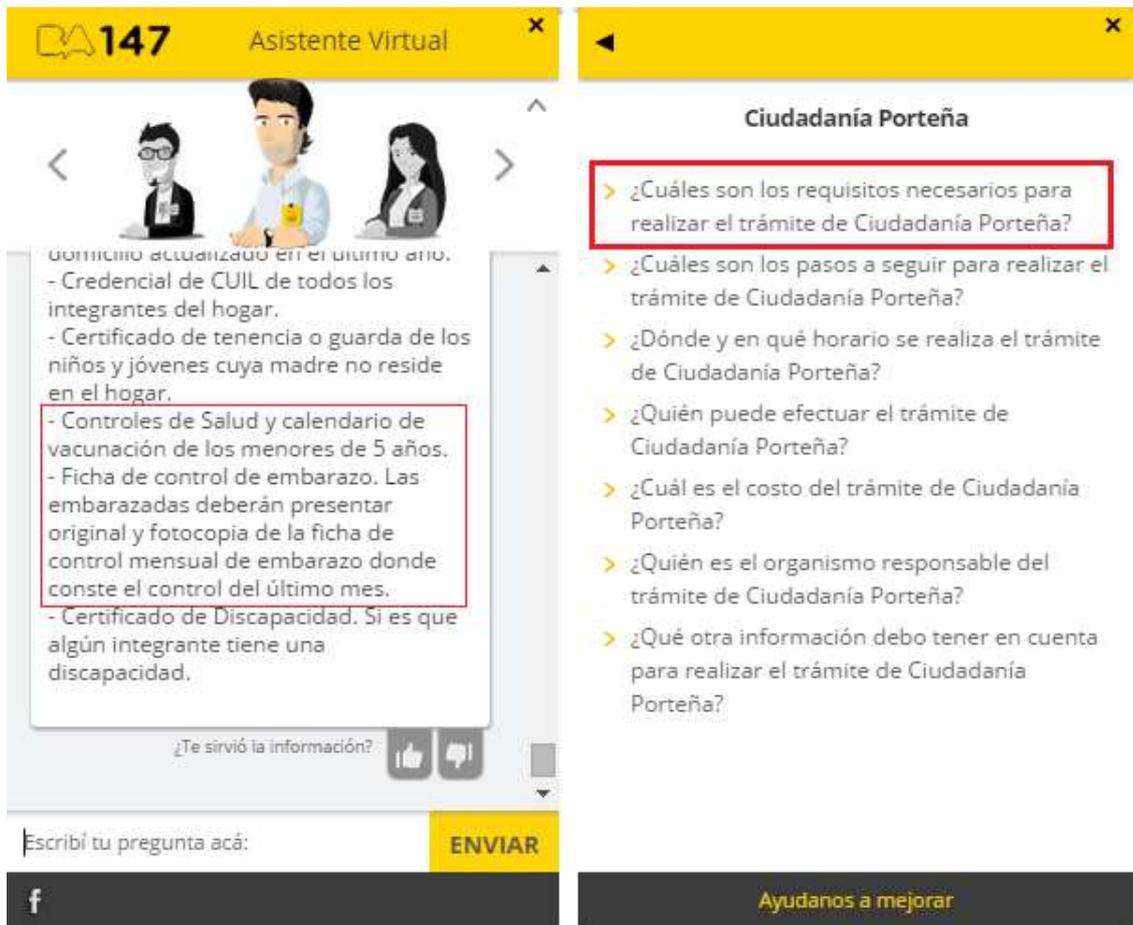
- Deben ser originales
- No deben tener más de un mes de emisión al momento de ser presentados

- Pueden ser emitidos por hospital, médicos de cabecera, centros de salud u obras sociales
- Deben tener impreso el nombre de la institución que los emite, firma y sello original del médico y número de matrícula profesional
- Los chicos de 6 a 18 años podrán presentar original y fotocopia de la libreta sanitaria.

En relación a los controles de salud de la franja etaria de 6 a 18 años, en algunas secciones de la Web se explicita e informa la obligatoriedad del control y en otras no.

Se ha consultado sobre controles de salud de acuerdo a la edad de un hijo, o fechas de entrega de certificados al asistente virtual del 147 (línea general para gestión comunal y atención ciudadana) y la información en primera instancia es que sólo se debe presentar el control de salud de los menores hasta 5 años, pero luego en la solapa “más información” se enfatiza en la importancia del control de salud de niños, embarazadas y adolescentes para el acceso y la permanencia en el Programa.

Impresión de pantalla Consulta asistente virtual 13-07-2015





En lo que respecta a las fechas de entrega no se publica un calendario o cronograma. Si bien, a partir de una búsqueda en profundidad en la Web se ha encontrado que en los inicios del Programa se publicó un cronograma con fechas de entrega de los certificados acorde a las edades, actualmente no hay una actualización de esa información.

En relación a las fechas de vacunación, desde la página se puede acceder a través de un enlace al calendario de vacunación, listado de vacunatorios y sus horarios correspondientes.

A nivel promoción de la salud en general, no hay enlaces vinculados a campañas de prevención de salud materno-infanto-juvenil, a programas de salud destinados a esa población en particular, ni enlaces al Cobertura Porteña de salud, información que se encuentra buscando otras ventanas del sitio Web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Si bien de acuerdo a lo conversado en las entrevistas con las mujeres titulares de CP, la Web no es percibida como un medio de comunicación con los agentes del Programa, realizando una búsqueda en profundidad se ha relevado un blog informal (<https://normadelio.wordpress.com>) titulado “Te informo” en donde se publica información sobre el Programa y es consultado frecuentemente por personas que quieren inscribirse o que son titulares de CP pero atraviesan diferentes problemas o situaciones motivos de consulta.

Este blog aparece en cuarto, quinto y sexto lugar en todos los buscadores consultados al ingresar las palabras: “Ciudadanía Porteña”, “Tarjeta Porteña”, “Teléfono Ciudadanía Porteña”.

Se ha realizado una revisión mensual desde el mes la fecha de inicio del blog “Te informo” hasta el mes de julio de 2015 y las consultas varían a razón de cuatro a cinco consultas mensuales. Las principales preguntas refieren a averiguar: cómo inscribirse en el Programa, cuál es la razón por la que se les dio la baja o se redujo el monto, cuándo van a poder pasar del Ticket Social que perciben a la Ciudadanía Porteña, comenzaron el trámite y todavía no tuvieron respuestas y cómo dar la baja de la tarjeta. No hay preguntas estrictas sobre cuestiones vinculadas a los controles de salud.

A modo de ejemplo se citan a continuación alguna de las consultas que se hicieron en el blog desde el año 2010 al presente⁴⁰:



patricia paola prada ponce dijo:

(marzo 20, 2010 en 1:23 pm)

quiero hacerles una pregunta el mes de febrero me cargaron la tarjeta con 250 pesos cuando siempre me la cargan con 600 quisiera saber por que o ntengo q presentar alguna documentacion muchas gracias



cynthia dijo:

(septiembre 13, 2010 en 8:02 pm)

hola queria saber si puedo realizar los tramites para la tarjeta tengo 2 hijos quiero saber q tengo q hacer .q tengo q llevar y donde tengo q ir muchas gracias



Lidia dijo:

(octubre 26, 2011 a las 11:17 pm)

HOLA, MI PREGUNTA CUANTO TIEMPO SE DEBE ESPERAR PAR OBTENER LA TALJETA PORTEÑA , RECIBO EL TICKET SOCIAL DURANTE YA CASI 3 ÑOS Y ME DIJERON QUE ME VISITARIAN , NO SE CUANTO ES EL TIEMPO POR FAVOR NESECITO RESPUESTA GRACIAS....



yessika dijo:

(enero 17, 2015 en 12:10 am)

hola me podes ayudar necesito obtener la tarjeta porque tengo dos chicos que son muy chicos!!!!!!!

La persona que responde no trabaja en el Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad y tampoco en organismos públicos de la Ciudad. Es una persona que escribe en su blog sobre diferentes temáticas y brinda información en general sobre diversos asuntos. Norma es la redactora del blog. Ha sido contactada y en una breve conversación refirió que desde el 2009 hizo una publicación sobre la Tarjeta de Ciudadanía Porteña y como muchas personas le hicieron preguntas sobre diferentes cuestiones y siguieron consultando asiduamente decidió hacer otros posteos sobre el Programa y responder las consultas que le llegan todos los meses. En este sentido expresó:

“Principalmente me escriben mujeres solas, muchas de ellas extranjeras y que necesitan ayuda. La página oficial es fría y no tiene posibilidad de interactuar por eso me escriben a mí, porque les respondo rápido”

⁴⁰ Las consultas fueron transcritas en el lenguaje originan en que fueron publicadas por las usuarias del blog.

A partir de este caso, se observa que se abrió un canal comunicacional que no responde al organismo gubernamental, pero que es el modo de consulta a través de internet que algunas personas tienen sobre el Programa. Es decir, se trata de un canal informal de comunicación que surge espontáneamente en la relación que se establece entre la redactora y las personas que consultan sobre C.P, creándose un vínculo en el que, por un lado, se solicita ayuda y por el otro, se brinda un servicio social voluntario. Esta situación trae aparejado que en muchos casos las personas que escriben se dirigen como si estuvieran escribiendo en un blog oficial ya que reclaman que les solucionen el problema, y en otros casos que la información que se brinda no sea la correcta, sea ambigua o esté desactualizada.

El control de salud como requisito para seguir en el Programa

Durante el trabajo de campo se indagó entre las entrevistadas sobre las condicionalidades que requería CP, principalmente preguntando qué debían hacer para mantenerse en el Programa.

A partir de sus narraciones se diferenciaron dos situaciones en torno a al control de salud como requisito para seguir en percibiendo CP.

Las mujeres entrevistadas que están inscriptas a la Red Primeros Meses o que tienen hijos menores a los cinco años de edad mencionan en primer lugar al control de salud como requisito indispensable para mantenerse en el Programa.

Y de él, peso, control, de cada seis meses. (Sonia).

El control de mi hijo, el peso me pide otra vez. Hay que ver si consigo rápido me voy a ir esta semana, sino sí que tengo que esperar. Y certificado de mi hijo también de su jardín (María Selva).

De lo contrario, entre las mujeres que tienen hijos mayores a cinco años, frente a la misma pregunta no aparece la referencia al control de salud.

En caso que cambien de colegio, repita en ese caso traer certificado, si uno no presenta a ellos te lo descuentan. (María).

Mmm... (Silencio) yo, nada. Porque ya tengo todos los papeles en regla, todo. Y si me falta algo ahí me dicen que tengo que traer (Patricia).

Cuando se conversó un poco más con estas mujeres sobre los controles de salud y el calendario de vacunación, las entrevistadas comentaron que no deben presentarlos ya que “*el control de salud es hasta los seis o siete años*”.

Entrevistadora: ¿Y de salud? ¿Tuviste que hacer algún control de los nenes?

Al principio sí, cuando tienen 5 años, 4 años. Hasta los 7 creo, después ya no te piden. (Patricia).

¿Con la nena? Y ella ya es grandecita, tiene ocho años, de ella ya no tengo que presentar, sólo la del colegio, en caso que se traslada de un colegio a otro colegio. O si no se queda ahí y directamente ellos lo ven. (Mariela).

Dicha cuestión ya había sido explorada en el trabajo de campo realizado en la tesis de maestría de Rosaura Andíñach (2014) en la cual se propuso identificar los elementos que dan cuenta del impacto de los programas de transferencia condicionada AUH y CP en la alimentación de la población del Barrio Fátima ubicado en Villa Soldati. Andíñach señaló que el control médico de los menores de 18 años aparece como requisito para mantenerse en el programa (junto con la asistencia a la escuela), sin embargo, ninguna de las mujeres beneficiarias de CP especificó que hicieran controles periódicos ni que presentaran certificados médicos.

En este sentido, interesa resaltar que no tiene que ver con que las titulares de CP hayan entendido erróneamente la información, sino que el control se ha dejado de exigir y descontar del monto percibido. De hecho, los informantes médicos han referido que creen que el control de CP es hasta los 6 años (sin estar del todo seguros) teniendo como parámetro de comparación la AUH que aparentemente se exige hasta los 18 años de edad.

Al respecto, desde la coordinación del Programa se ha manifestado la complejidad que presenta el componente de salud en CP, principalmente por dos cuestiones : por un lado, la debilidad administrativa para la supervisión de las condicionalidades de salud debido al entramado de subsistemas, jurisdicciones, niveles de atención y actores intervinientes en el campo de la salud, y por el otro, la demanda que implica en los servicios de salud públicos, lo cual ha superado en los primeros años de implementación el habitual funcionamiento de los centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

La situación es diferente en la Red Primeros Meses dado que el cobro está directamente ligado a la presentación de los certificados ya que dicho programa se ha planificado con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad infantil y forma parte de la Red Materno-infantil del Ministerio de Salud.

En Ciudadanía Porteña donde supuestamente deberíamos exigir y si no descontar, nosotros no les descontamos el monto si no presentar un certificado porque a lo largo de los años de implementación del Programa todas las veces que hemos intentado exigir la presentación de los certificados de salud, salud ha sido casi desbordada, nos han llamado de los hospitales a los gritos pidiendo socorro porque no daban a basto con la presentación de certificados porque iba todo el mundo a pedir certificado. (Coordinadora CP).

Estaríamos perjudicando a los beneficiarios si les bajamos el monto por algo en algún momento nosotros empezamos a exigirlo con el objetivo de descontar a menores de 5 años, pero bueno realmente en Ministerio de Salud no dio a basto (Coordinadora CP).

A partir de esta primera mirada, se podría afirmar que es el propio organismo el que reconoce no tener capacidad para poder hacer este tipo de controles. Entonces, los certificados sólo se exigen para quien percibe la Red Primeros Meses, cuando se va a dar de alta a un bebé o para inscribir un menor al Programa.

De todos modos, los controles de salud se siguen comunicando a nivel institucional (en las oficinas y en el portal Web) como condicionalidades del Programa, principalmente entre los menores de cinco años, pero sin descontar por el incumplimiento de los mismos.

En este sentido se puede señalar que la práctica estatal (en términos de gestión de CP) es una práctica al menos contradictoria con los objetivos del Programa.

Sin embargo, a partir del hábito de visitar las oficinas de atención en forma frecuente y el intercambio de información con amigas/vecinas o familiares respecto al Programa, se actualiza e interioriza una práctica social por la cual las mujeres entrevistadas ya conocen el funcionamiento de CP en torno a los requisitos y saben que no hace falta presentar esos controles.

De este modo, siguiendo a Scribano y Cena (2014 citado en De Sena, 2014: 42) se puede afirmar que las políticas sociales al crear sociabilidades construyen vivencialidades y sensibilidades imbricadas en el supuesto teórico de que su diseño se hace cuerpo, conformándose una dialéctica entre práctica estatal y prácticas sociales.

En este marco, cabe preguntarse en futuras investigaciones si hay otros programas que podrían ser la continuidad en términos de controles de salud.

A modo brevemente exploratorio se identificó la presencia en el territorio local de algunos programas como:

- Programa de Salud Escolar: destinado a alumnos de escuelas públicas de la Ciudad de Buenos Aires que tiene como objetivo controlar la salud integral en niños de sala de 5 años, 1º, 4º y 7º grados de nivel primario, y 2º año de nivel medio.
- Salud Integral del Adolescente: organiza lugares de atención integral del adolescente con acceso gratuito a todos los métodos anticonceptivos en hospitales públicos y centros de salud
- Programa Nutricional: de atención integral destinado principalmente a la identificación de problemas nutricionales en la población materno-infantil y el desarrollo de acciones de promoción y prevención. El mismo articula en la actualidad con CP a partir de realización de campañas gráficas y audiovisuales de nutrición en las Oficinas de Atención.

En cuanto a otros PTCI, se ha realizado una breve revisión de documentos oficiales y comunicaciones institucionales de tres programas de la región en los que se evidencia diferencias en cuanto al componente de salud:

Asignación Universal y Asignación por Embarazo⁴¹ (Argentina): requiere como condicionalidad en salud el cumplimiento del esquema de vacunación completo y es esquema de salud completo de 0 a 18 y la inscripción al Plan Nacer para niños menores a 6 años.

Bolsa Familia (Brasil): en lo relativo al componente de salud se indica como compromisos el cumplimiento del calendario de vacunación y controles de crecimiento y desarrollo para niños/as menores de 7 años; asistencia a controles pre natales y acompañamiento de madres lactantes entre 14 y 44 años.

Prospera (México): se debe cumplir la asistencia a controles médicos programados (para todos los integrantes del hogar con frecuencia diferenciada según edades. Asimismo, todos los/as integrantes de la familia deben acudir por lo menos una vez al semestre a la unidad de salud más cercana a su lugar de residencia para recibir las acciones de salud, de acuerdo a lo establecido en su Cartilla Nacional de Salud.

Valoración del control de salud desde la mirada de las madres

La prevención y promoción de la salud es uno de los principales objetivos de la medicina familiar y de la atención médica primaria. Los controles de salud de la madre y el niño, y la frecuencia que se indica, han sido protocolizados e impulsados por diversos organismos de salud en todas sus escalas (OMS, Ministerio de la Nación y de la Ciudad de Buenos Aires, Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Argentina de Pediatría).

Por otro lado, el control de salud en tanto corresponsabilidad es un eje fundamental en los Programas de Transferencia Condicionada de Ingreso que proponen como objetivo incentivar el desarrollo del capital humano, en términos de modificaciones de conductas, y contribuir a la ruptura de la transmisión inter-generacional de la pobreza.

En este marco, la mirada de las mujeres titulares de CP, en tanto madres cuidadoras, teniendo en cuenta que las condicionalidades ponen en escena la cuestión del rol materno de las mujeres receptoras de las políticas sociales, nos permite acercarnos a los esquemas perceptivos que configuran los PTCI, y en particular el programa CP.

⁴¹ Cabe señalar que para algunas autoras la AUH no resulta un PTC (Pautassi, Arcidiácono, Straschnoy, 2013 entre otros), en tanto Repetto y Dalmasetto (2011) consideran que se integra a los Programas de Transferencia Condicionada.

Cabe resaltar que en general, la condicionalidad en salud no fue cuestionada, las críticas en torno al control se relacionaron con el déficit oferta de salud pública en algunos casos, y en otros casos se hizo referencia a inconvenientes particulares en torno al control, particularmente en cuanto al certificado (plazos estrictos – tensiones con los profesionales de la salud).

Se construyeron cuatro categorías de análisis para describir la percepción de las mujeres entrevistadas sobre el control de salud requerido por CP. Las mismas no son excluyentes, sino que se pueden ir entrelazando en los relatos de algunas entrevistadas.

La primera categoría tiene que ver con una valoración de la condicionalidad vinculada a la ausencia de cuidados de “Otros” en relación a la salud de sus hijos. Aparece la idea de obligación, pero de forma positiva, es decir, estrechamente ligada al cuidado y bienestar de sus hijos.

Bien porque por ahí hay mucha gente que dice que los controla y no los controla, y después pasan tantas cosas viste, que se enferman, y algunas veces la gente mismo por ahí culpa a los médicos (...) por eso me parece muy bien, o sea como que nos están obligando, pero creo que es por el bienestar de nuestros hijos mismos. (Ana).

Muy bien, por los chicos, sino muchas que cobran aquí y no le dan cinco de bola a los chicos. O sea que no los cuidan como debe ser. (Nati).

Entrevistadora: ¿Te parece que de esta forma lo hacen?

Yo creo que más, se exigen más.

La segunda categoría refiere a la percepción del control como prevención. Se encuentra vinculada con la anterior, pero la mirada se enfoca en una idea del control integral de la salud, y se incluye la salud de las mujeres, su propia salud, no sólo la de sus hijos.

Está bien, está bien. Porque para mí está bien, hay que controlarse, a veces uno por no controlarse nos enfermamos y después un día no nos alcanza la vida ¿no ve? Hay que ser sabio también en eso, porque por ahí a veces puras pastillas, pastillas, hasta que por ahí también nos hace mal a otra cosa, después yo creo que está bien que nos vea un médico, un buen médico. (Feli).

La tercera categoría refiere a las condiciones de vida como determinante de la salud, por lo que se percibe el control de salud requerido por CP relacionado a dificultades en el acceso a los servicios de salud, el trabajo y condiciones diarias de vida.

Al hospital voy, siempre fui al hospital Sarsfield, ahí falleció mi esposo también. Voy a veces al Fernández pero casi no llego, al Santojanni no llego. (...)Para mí que sí que está bien. Si hay que hacerse controlar, pero es que a veces uno no puede. (Feli)

La última categoría analítica en torno a la percepción del control es la más cercana a la noción de condicionalidad en términos de contraprestación monetaria, y se constituye a través de la práctica en este tipo de programas sociales. Las mujeres relacionan el control de salud al mecanismo de pago, al cobro del subsidio.

Está bien, sólo que no me gusta eso del sello cuando no quieren sellarte. Y acá me dijeron que, si no lo hacen ese sello, entonces que me van a bloquear la tarjeta. (Roxana).

Me parece que está bien así te controlan que tienes el control de los chicos, que estudian, todo y te dan un poquito más de ayuda. (María Lourdes).

Entrevistadora: ¿Te resulta una ayuda?

Sí, sí porque cada vez que me piden algo y lo traigo me aumentan un poquito más en mi tarjeta, así que me viene bárbaro, sólo que hoy no tuve suerte porque me faltaron cosas que me piden, no traje hoy. (María Lourdes).

En este último relato se observa que se percibe el control de salud como un “plus” para incrementar el monto percibido, dado que si se presenta el certificado va a aumentar el ingreso. La entrevistada se refiere en este caso al complemento Red Primeros Meses.

Las concepciones e interpretaciones señaladas en relación al control de salud suponen un acercamiento a la compleja relación entre derecho a la salud y condicionalidades, y hacen posible retomar las lecturas que revisan y debaten en torno a la posibilidad de condicionar un derecho.

El enfoque de salud y derechos humanos concibe a la salud como un derecho humano natural y social, destacando la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de salud. Cabe volver a preguntarse en esta última instancia si ese tipo de políticas sociales (los PTCI) forman un puente entre los servicios de salud y la población, y qué rol cumple la dimensión comunicativa en la construcción de dicho puente.

Reflexiones finales

Los Programas de Transferencia condicionada de Ingreso ya llevan más de una década de existencia en la región, y algunos años más si se tienen en cuenta sus antecedentes más inmediatos. Dada la importancia que han adquirido dentro del espectro de las políticas sociales, han sido analizados a partir de una literatura amplia y diversa. Sin embargo, tal como se ha señalado al inicio, son pocas las investigaciones que los han explorado desde una mirada que contemple la dimensión comunicacional.

Esta investigación, de intención exploratoria, se ha centrado específicamente en las condicionalidades de salud que constituyen el Programa de Transferencias Condicionadas Ciudadanía Porteña.

¿Qué significó mirar la experiencia del PTCI Ciudadanía Porteña desde el enfoque planteado por la presente investigación?

Iniciar el debate en torno al vínculo entre Salud, Comunicación y Políticas sociales, implicó considerar una serie de reflexiones. Se pueden destacar tres ejes primordiales que guiaron el trabajo realizado:

En primer lugar, analizar la matriz comunicacional del Programa en términos de procesos contemplando instancias de producción, circulación y reconocimiento.

En segundo lugar, incorporar un abordaje que contemple que lo comunicacional presente en las situaciones vinculadas a la salud es un proceso, en el que confluyen dimensiones culturales, sociales, económicas y políticas, sobre las cuales lo comunicacional asoma teórica, empírica y operativamente (Petracci, Cuberli, Palopoli, 2010).

Y, por último, repensar la posición que ocupa la gestión de un programa perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social dentro del campo de la salud, así como qué percepciones y subjetividades define la comunicación gubernamental de un PTCI en los procesos de salud.

La estrategia comunicacional de CP es principalmente interpersonal, enmarcada en el contexto de las Oficinas de Atención. Este es el principal canal de comunicación para informar cuestiones vinculadas a los controles de salud.

Estar cara a cara, en ese dialogo interpersonal, hace que los diferentes actores (gestores y técnicos del programa y las mujeres titulares de mismo) constituyan en un tiempo mínimo un contexto en común. Toda comunicación define una relación, impone conductas, si bien este dialogo entre agentes de atención y beneficiarias se construye y toma forma en cada situación

comunicativa, posee naturalmente un carácter instrumental y su finalidad particular se traduce en determinados objetivos específicos que forman parte del diseño del Programa: mecanismos de focalización y una atención puesta en la llamada “inversión en capital humano”. Se trata de un tipo de comunicación prescriptiva, dice lo que hay que hacer para permanecer en el Programa.

La particularidad que se ha encontrado en este modo de estrategia comunicativa es que se produce en torno a recorridos transitados por las mujeres en los circuitos institucionales del Programa. Ello lo han reflejado las narraciones de las beneficiarias en relación a los trámites y procesos de inscripción. El trayecto comenzaba estando en la sede de Salguero (Palermo) donde luego se movilizaban en búsqueda de su tarjeta a la sede de Curapaligüe (Flores) para por último regresar a sus barrios. Al día siguiente ir al a un centro de salud, y en el caso de no conseguir turno a otro, y a otro. Se podría pensar así en un circuito geográfico y comunicativo construido en relación a las condicionalidades.

De todos modos, para que las beneficiarias concurren a las Oficinas de Atención, antes ocurren una serie de mediaciones sociales, como ser: las intervenciones de las trabajadoras sociales en los barrios y los vínculos e interacciones con familiares y vecinos en el ámbito de la vida cotidiana, lugar en el cual se producen e intercambian conocimientos en torno al Programa.

Asimismo, se observó que dicha vincularidad en el marco de una comunidad y de una cultura, también aparece en relación a las estrategias y trayectorias de las mujeres en los circuitos de salud. La categoría “fondo de recursos” sirvió para explorar la forma en que la acumulación de experiencias vividas y saberes en relación al acceso a los servicios de salud conforman un entramado comunicacional que también hace partícipe a los profesionales de la salud, dado que el control de salud se encuentra mediado por las relaciones con los médicos. La contraprestación en salud interioriza en las mujeres beneficiarias de CP formas de concebir la salud y define prácticas en torno a las trayectorias en los circuitos de salud.

Las relaciones entre salud, comunicación y PTCI se evidencian entonces como un campo complejo con múltiples actores/agentes involucrados.

En relación a la pregunta inicial referida a cómo circula la información sobre los controles de salud (requeridos por CP) en los servicios de salud pública, tal como se ha indicado en el análisis, no se ha observado ningún tipo de comunicación visual (materiales gráficos en las paredes, carteleras) en las salas de espera de los CESAC, CMB y el hospital observados.

Asimismo, se ha señalado la dificultad de articulación del Programa con los servicios de salud pública, dado que la planificación y la práctica gubernamental que

implica CP aparentemente no ha diseñado estrategias de comunicación con los profesionales de los servicios de salud.

Entre los principales hallazgos del estudio, se identificaron tensiones entre los objetivos de CP en relación a las condicionalidades en salud con respecto la práctica estatal. Esto permitió explorar en las prácticas sociales que habilitan y se configuran al alrededor del diseño de las políticas públicas. Los controles de salud de los niños siguen siendo un requisito (una contraprestación) a nivel comunicativo institucional, como se observó a partir del análisis del portal Web, pero en la práctica las mujeres entrevistadas tienen conocimiento que no hay que presentar los certificados de los niños mayores a seis años, y en general no se percibe el control de salud como contraprestación.

La situación es diferente para el complemento Red Primeros Meses dado que funciona como un programa de salud materno - infantil y la contraprestación está vinculada a una concepción de salud en términos estadísticos a partir del objetivo central tendiente a reducir la tasa de mortalidad infantil de la Ciudad de Buenos Aires (la cual, como se ha descripto, se encuentra estrechamente relacionada a los determinantes sociales de salud). De este modo, es en este tipo de Programas donde aparecen algunos espacios e intentos de articular PTCI con una dimensión de promoción de la salud, principalmente vinculado a la maternidad y los cuidados del bebé.

Por último, resulta significativo sistematizar la experiencia transitada en relación a la cuestión metodológica. Durante todo el proceso de investigación se ha intentado contemplar un ejercicio constante de vigilancia epistemológica. Se indica en términos de intención, debido a que en la tarea diaria del investigador algunas veces se interpone a una reflexión de ese tipo.

En cada etapa se ha repensando, evaluado y reflexionado lo qué se estaba haciendo desde la investigación social, y más específicamente desde las ciencias de la comunicación. Los conceptos, la metodología y las técnicas fueron considerados objetos de reflexión permanente.

La construcción de objeto de estudio estuvo mediada por la novedad del campo de estudio y la complejidad que requirió pensar la salud desde lo social, pero particularmente desde políticas sociales.

Por otro lado, la elaboración del estado de la cuestión (estado del arte) tuvo como característica la ausencia de investigaciones similares, lo que ha hecho repensar el objeto de estudio y profundizar en la búsqueda de antecedentes desde otros recorridos teóricos y temáticos.

En cuanto a la metodología cualitativa y las técnicas utilizadas, sin bien se trató de un estudio exploratorio y descriptivo, se ha considerado para un próximo proceso investigativo la

posibilidad de recuperar un análisis macro de los procesos desigualdad social presentes en la Ciudad de Buenos Aires con el nivel micro de la experiencia subjetiva en torno a la comunicación del Programa: además de trabajar en las oficinas de atención (sedes del Programa) como se ha hecho, ir al territorio (a los barrios) para estudiar las mediaciones que han aparecido en relación a la comunicación del Programa en general, y a los controles de salud en particular. Se podría repensar la técnica y profundizar el análisis desde una propuesta antropológica y mediante una metodología etnográfica.

Cabe destacar la reelaboración constante que se ha realizado durante el trabajo de campo de la herramienta de recolección de información (guía de pautas). Se han incorporado nuevas variables de estudio durante el trayecto de la investigación a partir de la interacción con los diferentes actores sociales, y principalmente se ha sometido a crítica el propio lenguaje utilizado, revisando las palabras y denominaciones expresadas en el momento de la entrevista, teniendo en cuenta el papel que desempeña el lenguaje en la trasmisión y reproducción de sentido.

A partir de estas reflexiones se puede apuntar a futuras investigaciones que indaguen en algunos espacios y preguntas que han sido planteados a lo largo del análisis realizado: por un lado, las concepciones y experiencias en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención de las mujeres receptoras de planes sociales y qué rol ocupa este aspecto en el diseño de los mismos; por otro, en los imaginarios sociales en torno al control anual de salud; y por último continuar con el estudio de las múltiples dimensiones comunicativas indagando en el modo en que la comunicación es comprendida, tanto en el diseño, como en la gestión de los Programas de Transferencia Condicionada de Ingreso.



Bibliografía

ALFARO MORENO, R. M (1993) “La comunicación como relación para el desarrollo” en Una comunicación para el desarrollo. Lima, Calandria.

ALBARDONEDO, V. y CUBERLI, M (2001): “Comunicar el arte: política de comunicación en un museo”, tesina de grado sin publicar. Carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA).

ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, S. (2011) Gubernamentalidad Neoliberal y focopolítica en América Latina: Los programas de transferencia condicionadas ¿Políticas de cohesión social con los pobres? En Perspectivas críticas sobre la cohesión social: Desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina, (pp. 251-285). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales- CLACSO.

ANDIÑACH, R. (2014). Impacto de la Asignación Universal por Hijo y el Programa Ciudadanía Porteña en el consumo de alimentos. Tesis de Maestría. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires.

ARROYO, J. Estudio Cualitativo de los Efectos del Programa JUNTOS en los Cambios de Comportamiento de los Hogares Beneficiarios en el Distrito de Chuschi: Avances y Evidencias (pp.19). Recuperado de <http://www.juntos.gob.pe/index.php/sala-de-prensa/publicaciones>

Asesoría General Tutelar (2011). Programa Ciudadanía Porteña ¿con todo derecho?: Fortalezas y debilidades de las transferencias monetarias condicionadas focalizadas en niños, niñas y adolescentes. -1ra ed.- Buenos Aires: Eudeba. Recuperado de www.asesoria.jusbaires.gov.ar

AZPIAZU, D y BASUALDO, E (2004). Las privatizaciones en la Argentina. Génesis, desarrollo y principales impactos estructurales. En publicación: Las privatizaciones en la Argentina. Génesis, desarrollo y principales impactos estructurales. FLACSO, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Argentina. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/flacso/azpiazu.pdf>

BACHELARD, G. (1979). La formación del espíritu científico. México: Siglo XXI.

BARZANI, C., DOMINGUEZ, I., GIANNI, C., KUPERMAN, V. y LAGO, N. (2001): Proyecto: prevención primaria y secundaria en VIH-sida en Salud y Población, Cuadernos de capacitación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, N°2, Buenos Aires: Dirección de Capacitación GCBA.

BOSCHETTI, A. (1990). Sartre y Les Temps Modernes. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

BOURDIEU, P. (1988). “Espacio social y poder simbólico” en Cosas dichas. Buenos Aires: Gedisa.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.; PASSERON, J. (2002) “La Ruptura” y “La construcción del objeto”. En El Oficio del Sociólogo, Buenos Aires: Siglo XXI.

BRIGGS, C. (2005) Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. Revista de Antropología Social. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

BRUNO, D. y DEMONTE, F. (2013) Interrogantes, reflexiones y aportes para intervenir desde la comunicación en los procesos de gestión de información y conocimiento en políticas públicas. AVATARES de la comunicación y la cultura, N° 6. ISSN 1853-5925.

CASTIÑEIRA, B.; CURRAIS NUNES, L y RUNGO, P. (2009). Impacto sobre el estado de salud de los programas de transferencia condicionada de renta: el Programa Bolsa Familia de Brasil. España: Revista Española de Salud Pública, 83 (1)

CASTILLA, M. (2014). Maternidad y política social: experiencias y sentidos atribuidos a los ingresos monetarios percibidos por el programa Ciudadanía Porteña, Buenos Aires. Población & Sociedad [en línea], ISSN-L 0328 3445, Vol. 21 (1), 2014, pp. 41. Recuperado de <http://www.poblacionsociedad.org.ar/archivos/21/P&S-V21-N1-Castilla.pdf>

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. Recuperado de <http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/6/28106/protsoconocontr.pdf>

CECCHINI, S. y VERAS SOARES, F. (2014) Las transferencias monetarias condicionadas y la salud en América Latina. Publicado en línea en The Lancet el 16 de octubre, 2014.

CHITARRONI H., NOVACOVSY I., y WERMUS N., (2009) Los métodos de identificación y selección de los beneficiarios del Programa Ciudadanía Porteña, GCBA. Descargable en: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/ciudadania_portenia/informes_condiciones_vida/Metodos_de_Identificacion_y_Seleccion_Beneficiarios_Ciudadania_Portena.pdf

CRUCES, G., EPELE, N., GUARDIA, L. (2008) Los programas sociales y los objetivos de desarrollo del Milenio en Argentina. Chile: División de Desarrollo Social (CEPAL).

CUBERLI, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Revista Question*, número 18 - Sección Ensayo. ISSN 1669-6581

CUBERLI, M. (2011). "El test de VIH en la red asistencial pública de la Ciudad de Buenos Aires. En *Comunicación y salud en Argentina*. Mónica Petracci y Silvio Waisbord compiladores. Buenos Aires: Editorial La Crujía.

DANKHE, G L (1986) "Investigación y comunicación". En C. Fernández-Collado y G.L. Dankhe (comps). *La comunicación humana: ciencia social*. México: Editorial McGraw Hill.

DE MAIO, F. (2010) Desigualdad en el ingreso como Determinante Social de la Salud. *Revista Salud Colectiva*, Vol. 6, número 2 , 195-209. Buenos Aires: UNLa.

DE SENA, A, Et Al (2012) "La entrevista como modo de indagación social. Una experiencia compartida". En Gómez Rojas, Gabriela y De Sena Angélica (compiladoras) "En clave metodológica. Reflexiones y prácticas de la investigación social". Pág.75-98. Buenos Aires: Ediciones Cooperativas.

DE SENA, A. (2014) *Caminos cualitativos: aportes para la investigación en ciencias sociales*. Primera Edición. Buenos Aires: Fundación CICCUS.

DE SENA, A. (2014) (coord.). *Las políticas hecha cuerpo y lo social devenido emoción: lecturas sociológicas de las políticas sociales*. Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina: Estudios Sociológicos Editora/Universitas. Editorial Científica Universitaria. Recuperado de <http://estudiossociologicos.org/portal/lecturas-sociologicas-de-las-politicas/>

DE SENA, A. Y MONA, A. (2014) A modo de introducción: la cuestión social, las políticas sociales y las emociones. En De Sena, A. (ed.) *Las políticas hechas cuerpo y lo social devenido emoción* (pp.9-18). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estudios sociológicos editora

DE SENA, A. (2015) "De plan en plan... Mujeres beneficiarias de programas sociales". Ponencia del I Jornada Internacional. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Valencia. España.

DETTANO, A. (2013). *Políticas sociales, AUH y Ciudadanía Porteña: una mirada desde los '90*. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

DÍAZ, H. (2011) "La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional". En Cuesta, Menéndez y Ugarte (Coords.) *Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias*. Madrid: Editorial Complutense.

DÍAZ, H. y URANGA, W. (2011). *Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria*. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.1, nº 1, pp. 113-124

DIEZ, P., GHITIA, A., JAIT, A y OLIVA, K. (2011). “Buenos Aires salud 2003” una experiencia innovadora de comunicación en salud. En Comunicación y salud en Argentina. Mónica Petracci y Silvio Waisbord compiladores. Buenos Aires: Editorial La Crujía.

FERNÁNDEZ CARRAL, S.; VILLA, A. (2013) La mejor política de salud: la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social. Buenos Aires: Observatorio de Comunicación y Salud. Facultad de Periodismo y Comunicación Social UNLP.

FISZBEIN, A., SCHADY, N. (2009) Panorama General: Transferencias Monetarias Condicionadas, reduciendo la pobreza actual y futura. Washington, D.C: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial

FORD, A. (2002) Toma this, América Latina: contextos de la exclusión o de la domesticación. Revista Diálogos N° 65. Lima, noviembre. Perú. p.p.73-83.

FORD, A. (2012). La construcción discursiva de los problemas globales.El multiculturalismo:residuos,commodities y seudofusiones . En Signo y Pensamiento en el segundo semestre del año 2005 (Vol. xxv, Número 46) p.p. 10 - 20.

GLASER, B y STRAUSS, A. (1967) El desarrollo de la teoría fundada.Chicado: Aldine.

HALPERIN WEISBURD, L. [Director] (2011) Problemas de género en la Argentina del siglo XXI: feminización de la pobreza e inequidad del mercado laboral (pp.127) Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

HERRERA, M. Y CASTÓN, P. (2003). Las políticas sociales en sociedades complejas. Barcelona: Ariel Sociología.

HEVIA, F. (2007b). “Relaciones lejanas. Cantidad y calidad de información que poseen los beneficiarios sobre el programa Bolsa Familia”, en I Prê- mio Nacional de Estudos sobre o Bolsa Família. Disponible en: <http://www.ipc-undp.org/publications/mds/8P>

IBÁÑEZ, Jesús (1990) El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden. Siglo veintiuno de España editores, Madrid.

KAEN, C., PÁEX, R. y BARRIONUEVO, C. (2011) Proyecto de investigación: “Pobres, pobreza, sentidos y visibilidad en Catamarca”. Proyecto Cuatrianual Período: 2008 - 2011. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Catamarca.

KORNBLIT, A. (2004) “Introducción”. En Ana Lía Kornblit (coordinadora). Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis. Segunda Edición. Buenos Aires: Biblos.

LAURELL, C. Para Pensar una Política Social Alternativa. En Carlos M. Vilas (Coordinador) Estado y Políticas Sociales Después del Ajuste: Debates y Alternativas. Editorial Nueva Sociedad, Caracas, 1995.

LAURELL, C. (1994) "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad" en Rodríguez, María Isabel (coord.) Lo biológico y lo social Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101 (Washington, OPS/OMS).

Lê, Quynh. (2006). Cultural Meaning in Health Communication. The Australian and New Zealand Adolescent Health Conference. Disponible en http://www.caah.chw.edu.au/conference/papers/paper_08.pdf.

LEÓN, A. (2008). Políticas de reducción de la pobreza en América Latina: las experiencias de los programas de transferencia condicionadas. En Progresos en la reducción de la pobreza extrema en América Latina. Dimensiones y políticas para el análisis de la primera meta del Milenio (pp.131-166). Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2904/S200801_es.pdf?sequence=1

LOIS, I. y MAIER, B. (2012). Sobre Comunicación y Salud. Página 12, La Ventana. Buenos Aires, miércoles, 5 de septiembre de 2012, url: <http://www.pagina12.com.ar/diario/laventana/26-202617-2012-09-05.html>

LOIS, I. (2013) Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud. X Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

LUDUEÑA, A., OLSON, J. y PASCO, A. (2005). Promoción de la salud y calidad de vida entre madres de preadolescentes. Una etnografía enfocada. Revista Latinoamericana de Enfermagem. Vol. 13, pp.1.127-1.134. Disponible en <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

MARTIN-BARBERO, J. (1987). De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía. México: Gustavo Gilli.

MARTÍNEZ MARTÍNEZ, O y CALDERÓN, A. (2010) Un acercamiento cualitativo a la operación y eficiencia de un programa de transferencias condicionadas. El caso del Programa Oportunidades en una colonia del área metropolitana de Monterrey Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, vol. 17, núm. 52, enero-abril, 2010, pp. 37-62. México: Universidad Autónoma del Estado de México Toluca.

MASSONI, S y MASCOTTI, M (2001). Apuntes para la comunicación en un mundo fluido. Rosario: Editorial de la Universidad Nacional de Rosario.

MATTELART, A y MATTELART, M. Historia de las teorías de la comunicación. Paidós Comunicación, Barcelona, 1997.

MENÉNDEZ, E. L (1986). La salud como derecho humano. Acotaciones sobre la posibilidad de una práctica diferenciada. Cuadernos Médico Sociales. N° 37, Rosario, Argentina.

MENÉNDEZ, E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464.

MENÉNDEZ, E.L (1994) Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades, vol. 4, núm. 7. Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.

MENÉNDEZ, E.L (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Revista Ciencia e Saúde Colectiva, vol.8, no 1, pp. 185-207.

MENEU, R. Interculturalidad y extensión de la Cobertura de la Protección Social en Salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas. Módulo III : Conceptos básicos de salud. Instituto de Formación Online.

MESSINA, G. (2014). Una evaluación de las políticas de transferencia de ingresos en Argentina entre 2003 y 2011. Santiago de Compostela, España: Universidade de Santiago de Compostela.

Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Análisis del proceso institucional de generación de una política social de impacto multisectorial: el Plan Nacer y la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo Estudio del abordaje secuencial de la integración de programas sociales y sus resultados en la población documento de divulgación de resultados (pp.11).

MOLYNEUX, M. (2007) “Change and Continuity in Social Protection in Latin America: Mothers at the Service of the State?” Geneva: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).

NERI, A. (2010) Ciclo de Conferencias organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales AAPS, la Red Argentina de Ingreso Ciudadano REDAIC, con el auspicio de UNICEF Argentina y la colaboración de la Asociación Mutual Israelita Argentina AMIA. Buenos Aires: AAPP. Recuperado de http://www.unicef.org/argentina/spanish/jornadas_asignacion_universal.pdf

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007). La Comisión de determinantes sociales de la salud. Geneva.

OSZLAK, O y O'DONNELL, G. (1995). Estados y Políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Redes, Vol. 2, N 4, 1995, pp. 99-128.

PALOMINO MORAL, P, GRANDE GASCÓN, L y LINARES ABAD, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista

Internacional de Sociología, Vol 72, No Extra_1 (2014)
doi:10.3989/ris.2013.02.16

PETRACCI, M; MILCA,C y PALOPOLI,A. (2010) Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica. Comité argentino de educación para la salud de la población. Concurso en honor de la educadora Haydee De Luca “Determinantes de Salud”. CAESPO 2010 ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA PARA LA SALUD.

PAUTASSI, L., ZIBECCHI, C. (2010) La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias. En: Serie Políticas Sociales N° 159. Santiago de Chile: CEPAL.

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.; ARCIDIÁCONO, P y STRASCHNOY, M. (2014). Condicionando el cuidado. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en Argentina. Disponible en http://www.flacsoandes.edu.ec/iconos/images/pdfs/Iconos50/I50_4Doss_Pautassi-Arcidiacono-Mora.pdf

PRIETO CASTILLO, D. (1990). Diagnóstico de la comunicación. Quito: CIESPAL.

PRIETO CASTILLO, D. (1999). La comunicación en la educación. Buenos Aires: Ediciones CICCUS-La Crujía.

PUELLO SOCORRÁS,J. Y GUNTURIZ,M.(2013) ¿Social-neoliberalismo? Organismos multilaterales, crisis global y programas de transferencia monetaria condicionada. México: Universidad Autónoma Metropolitana. N°40 versión impresa ISSN 0188-7742

REPETTO, F. (2009). Gestión de la política social: conceptos y herramientas I Fabián Repetto; Magdalena Chiara; María Mercedes di Virgilio; coordinado por Magdalena Chiara y María Mercedes Di Virgilio con prólogo de José Adelantado. _ Ja ed. - Buenos Aires: Prometeo Libros.

SAMPIERI, R.; FERNANDEZ COLLADO, C.; PILAR BAPTISTA, L. (2006) Metodología de la investigación. Cuarta Edición: México. Ed. McGraw – Hill.

SAUTU, R. (1999), El método biográfico, Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

SCRIBANO, A. (2002). "Pobreza, Ciencias Sociales y Filosofía: Hacia un análisis de los supuestos ontológicos de los estudios de la pobreza". En Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, diciembre, número 015, Universidad de Jujuy. San Salvador de Jujuy Argentina, pp. 99-119.

SCRIBANO, A. (2007a) (compil.), Policromía Corporal. Cuerpos, Grafías y Sociedad, CEA CONICET UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA. UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, Colección Acción Social, Jorge Sarmiento Editor, Universitas; Luna, R. y A. Scribano (2007b) (compils.),

SCRIBANO, A. (2008); "La observación". En El proceso de investigación social cualitativo, Buenos Aires: Prometeo.

SCRIBANO, A. (2008); "El proceso metodológico de la investigación cualitativa". En El proceso de investigación social cualitativo (pp.33). Buenos Aires: Prometeo.

SCRIBANO, A. y DE SENA, A. (2013) "Los Planes de asistencia social en Buenos Aires: una mirada desde las políticas de los cuerpos y las emociones". En, Aposta Revista de Ciencias Sociales. ISSN 1696-7348. Madrid. España. Recuperado de <http://www.apostadigital.com/index.php>. Número 59 (correspondiente a octubre, noviembre y diciembre).

SOUZA MINAYO, M. (1995) El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

SPINELLI, H. (2011). "Las dimensiones del campo de la salud en la Argentina" en Petracci Mónica y Waisbord Silvio (Comps.) Comunicación y salud en la Argentina. Editorial La Crujía.

TRINIDAD REQUENA, A; CARRERO PLANES,V.; SORIANO MIRAS,R. (2006) Teoría Fundamentada "Grounded Theory". La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas.

URANGA, W. (2007) "Mirar desde la Comunicación", Mimeo. Buenos Aires. Disponible en:http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401105/U2_L5_Mirar-desde-la-comunicacion_Washington-Urganga-.pdf

URANGA, W. (2009) "La comunicación comunitaria: proceso cultural, social y político". En Área de comunicación comunitaria (comp.); Construyendo comunidades... Reflexiones actuales sobre la comunicación comunitaria. Univ. Nacional de Entre Ríos. Buenos Aires: La Crujía. Disponible en http://www.wuranga.com.ar/images/propios/20_comunicacion_comunitaria.pdf

URANGA, W. (2011) Sin comunicación no hay políticas públicas democráticas. Recuperado de:

http://www.washingtonuranga.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=112:sin-comunicacion-no-hay-politicas-publicas-democraticas&catid=38:textos-propios&Itemid=27

VASILACHIS, I. (1992) “El análisis lingüístico en la recolección e interpretación de materiales cualitativos”. En Forni, F., Gallart, M. A. y Vasilachis de Gialdino, I. (1992) *Métodos Cualitativos II. La práctica de la investigación*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

VASILACHIS, I. (Coordinadora) (2006). *Estrategias de Investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.

VEGA, M. (2012) *Reflexión y análisis acerca de la implementación de políticas sociales dirigidas a la niñez y familias de la ciudad de Mar del Plata: La Asignación Universal por Hijo, alcance e impacto*. Argentina: Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata

VILAS, C. (1995) (coord.) *Estado y políticas sociales después del ajuste*. Caracas: Nueva Sociedad/Universidad Nacional Autónoma de México.

ZIBECCHI, C. (2008). *Programas de transferencia de ingresos. ¿Más condicionalidades y menos derechos para las madres pobres? Un análisis en base a tres experiencias en América Latina*. Revista Aportes Andinos 21. Recuperado de http://www.uasb.edu.ec/padh_contenido.php

ZIBECCHI, C. (2010) *Programas Sociales Asistenciales y Derechos de Inclusión Social: ¿una nueva ficción ciudadana para las madres pobres? En: Revista Perspectiva Latinoamericana, ISSN 1851-5576*

Fuentes Consultadas

Ley Básica de Salud (1999) Disponible en <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley153.html>

Ley N° 1878 (2005). *Crea el Programa “Ciudadanía Porteña. Con todo derecho”*. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, 01 de diciembre de 2005 - Artículo 2 y 4. Recuperado de <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/anexos/drl1878.html>

Decreto C.A.B.A N°: 249/ 2014

Disponible en http://www.ciudadyderechos.org.ar/reg_decretos_home.php

Sitio Web de la Ciudad de Buenos Aires:

www.buenosaires.gob.ar/areas/des_social/ciudadania_portenia

CEPAL (2014). Base de datos de programas de protección social no contributiva. División de Desarrollo Social. Recuperado de : <http://dds.cepal.org/bdptc>

Dirección General de Estadística y Censos GCBA, Ministerio de Hacienda. La mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires: 2000 – 2011. Informe de resultados. Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/ir_2012_499.pdf

Área Monitoreo y Evaluación. Subsecretaría de Administración Ministerio de Desarrollo Social Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2011). Resultados de la Tercera Evaluación del Programa Ciudadanía Porteña y del componente Estudiar es Trabajar. [fecha de consulta: 8 Julio 2015]. Recuperado de:
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/tercera_evaluacion_de_ciudadania_portena.pdf

Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIMyE) Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2011). Mapas de la pobreza y los programas en el territorio.

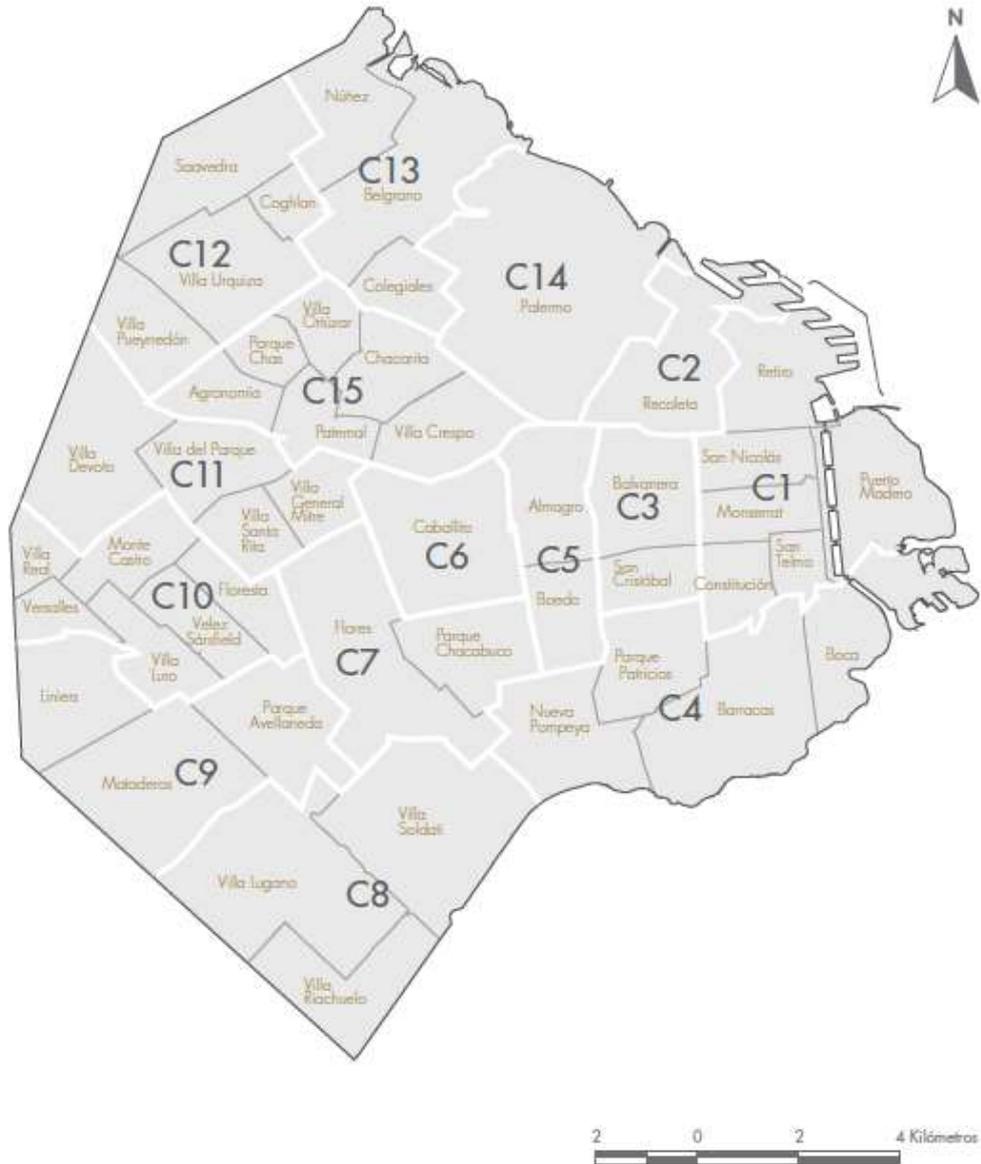
Dirección General de Estadísticas y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Encuesta Anual de Hogares (EAH) 2011. Recuperado de [:http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/EAH/encuesta_anual_hogares_index.php](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/EAH/encuesta_anual_hogares_index.php)

Dirección General de Estadística y Censos GCBA, Ministerio de Hacienda. La mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires: 2000 – 2011. Informe de resultados. Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/ir_2012_499.pdf

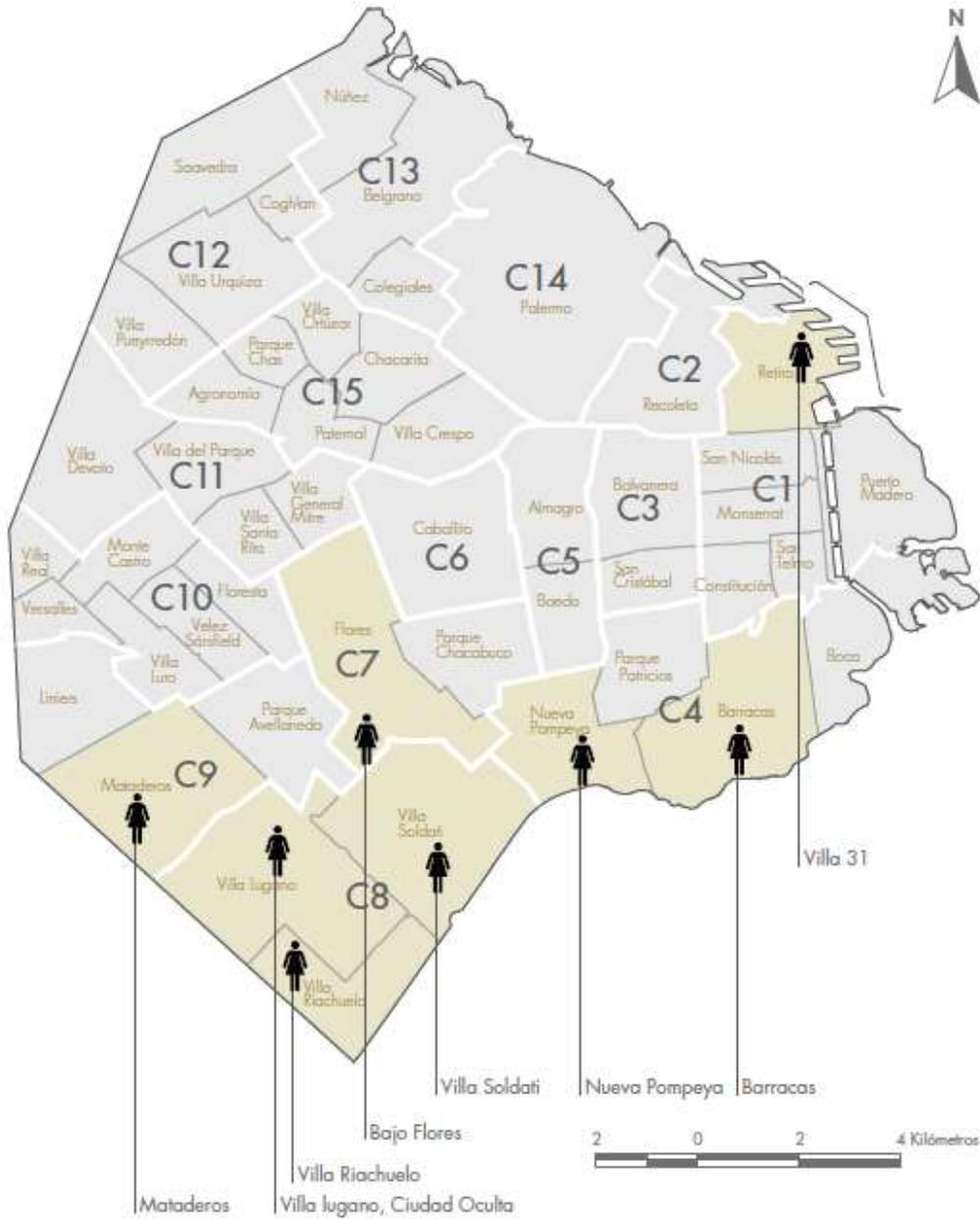
Mapeo C.A.B.A

Muestra, Unidades de Información y Principales Indicadores (diseño de elaboración propia según fuentes indicadas)

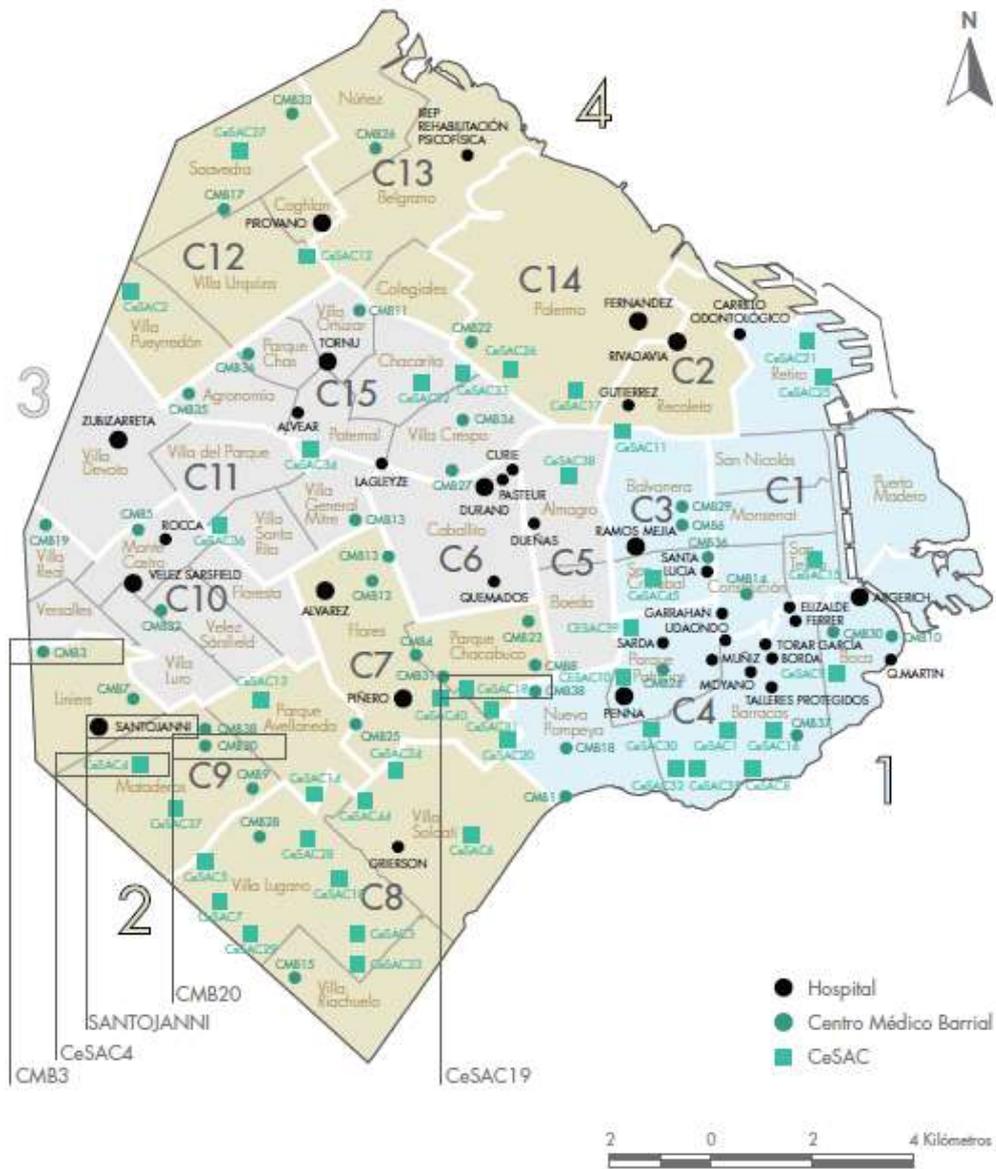
Comunas y barrios C.A.B.A



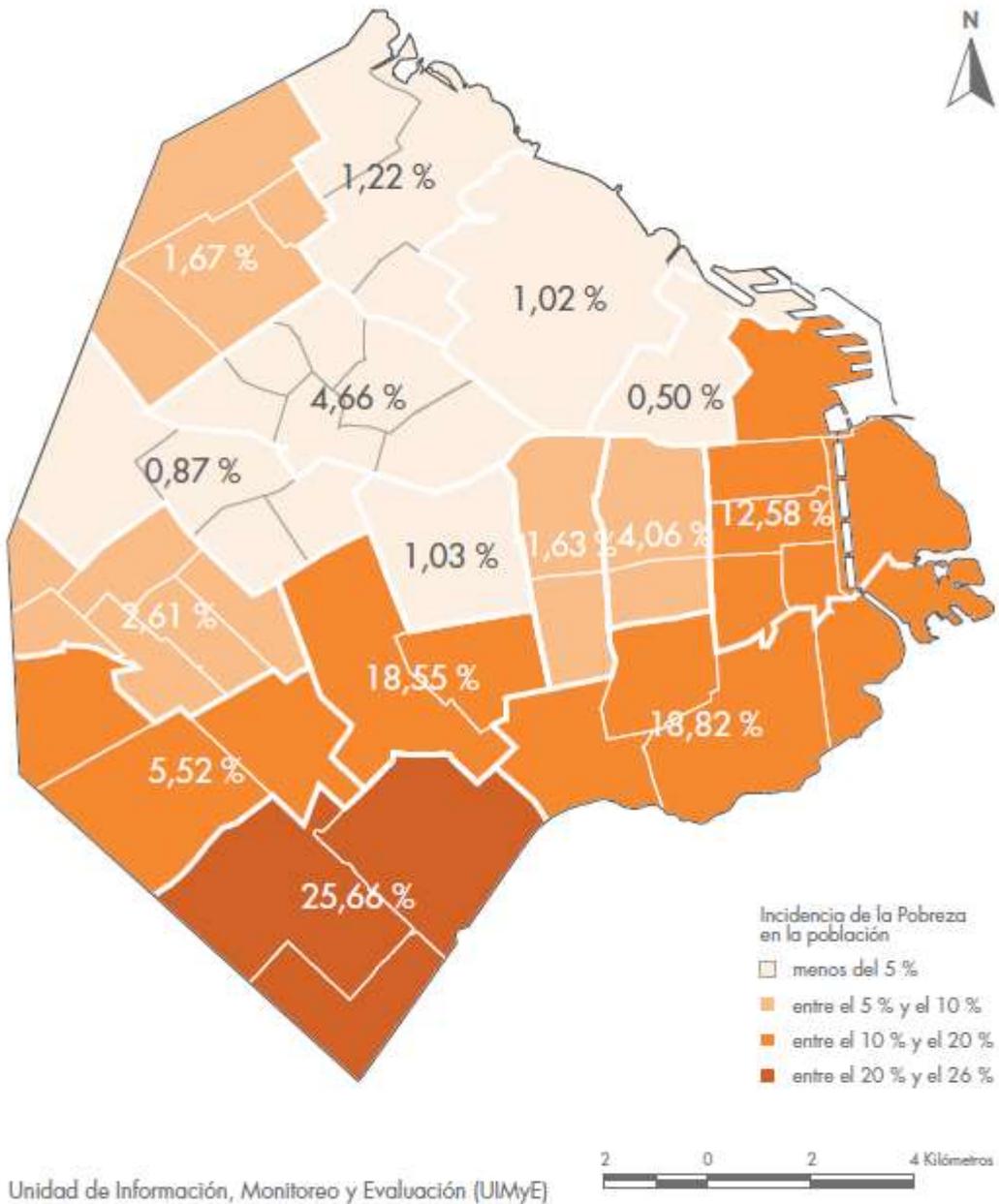
Muestra



Regiones Sanitarias y Efectores de Salud C.A.B.A

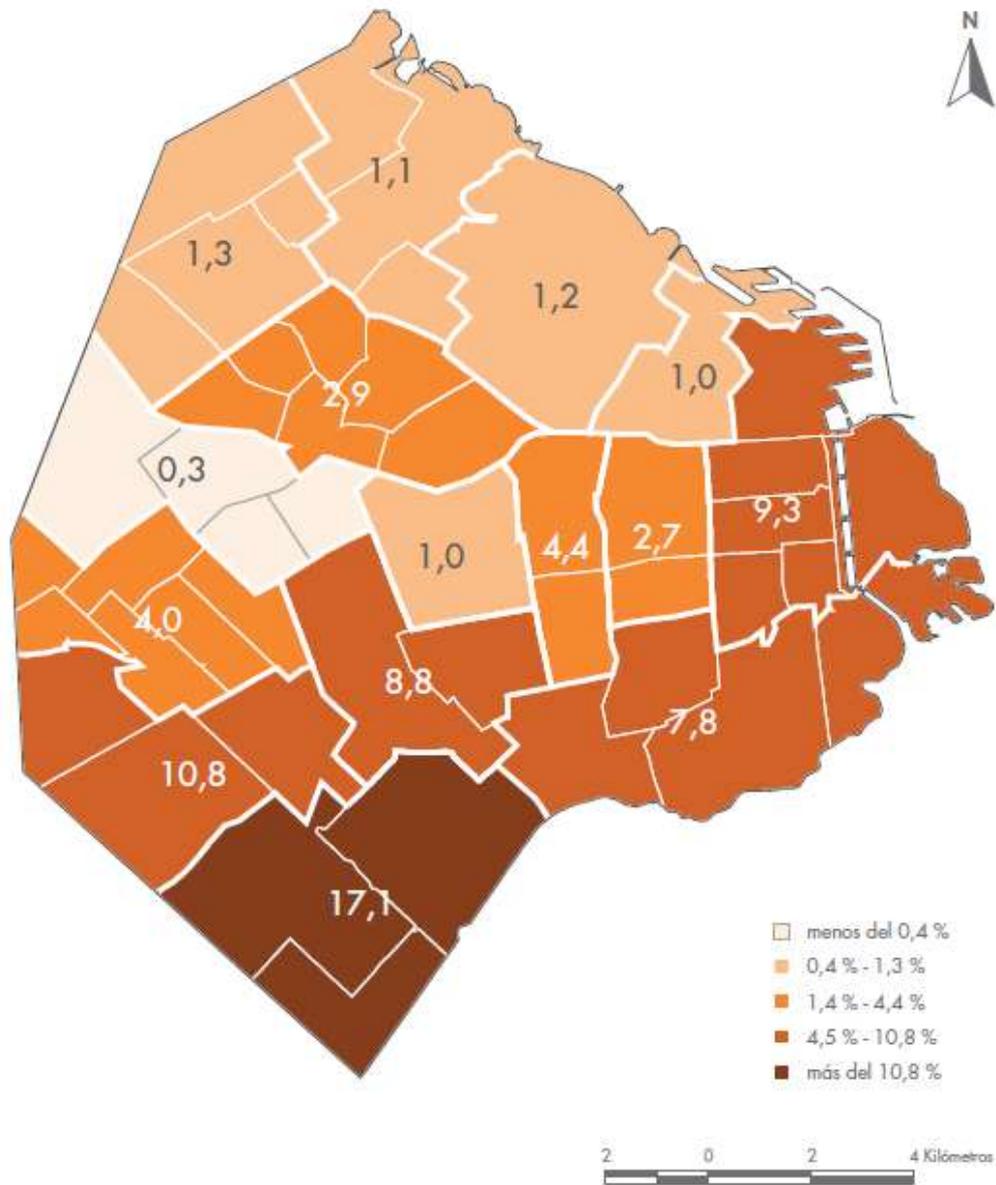


Distribución de los beneficiarios del Programa Ciudadanía Porteña y la incidencia de la pobreza según Comunas



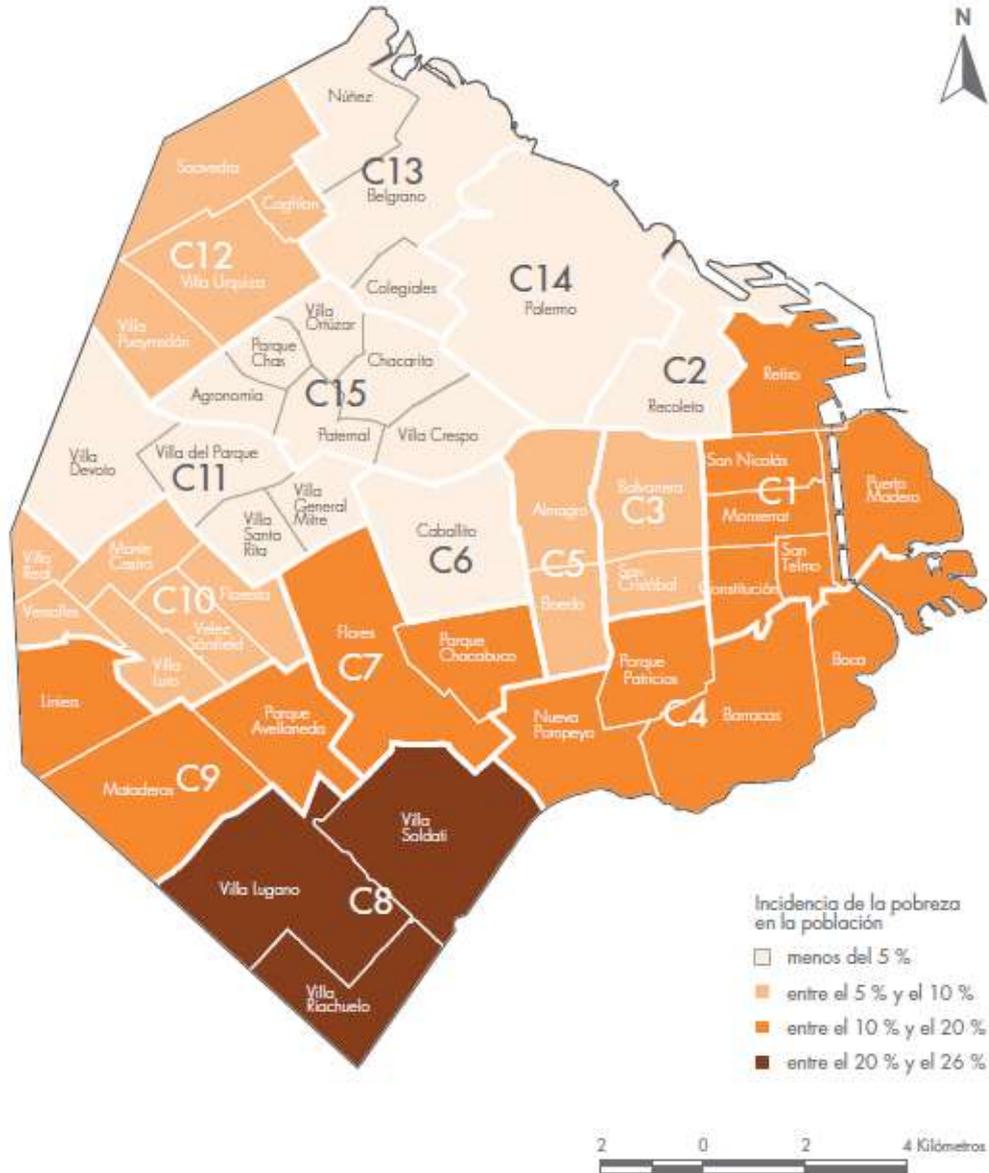
Fuente: Mapa de elaboración propia en base al registro de la UIMyE según Padrón de beneficiarios PCP y la EAH DGEyC. Para la estimación de pobreza se utiliza información del 2009 por ser la última base disponible que permite estimar situación de pobreza por comuna. a Padrón de beneficiarios PCP y la EAH - DGEyC. Para la estimación de pobreza se utiliza información del 2009 por ser la última base disponible que permite estimar situación de pobreza por comuna.

Incidencia de la pobreza (INDEC) en hogares según comunas



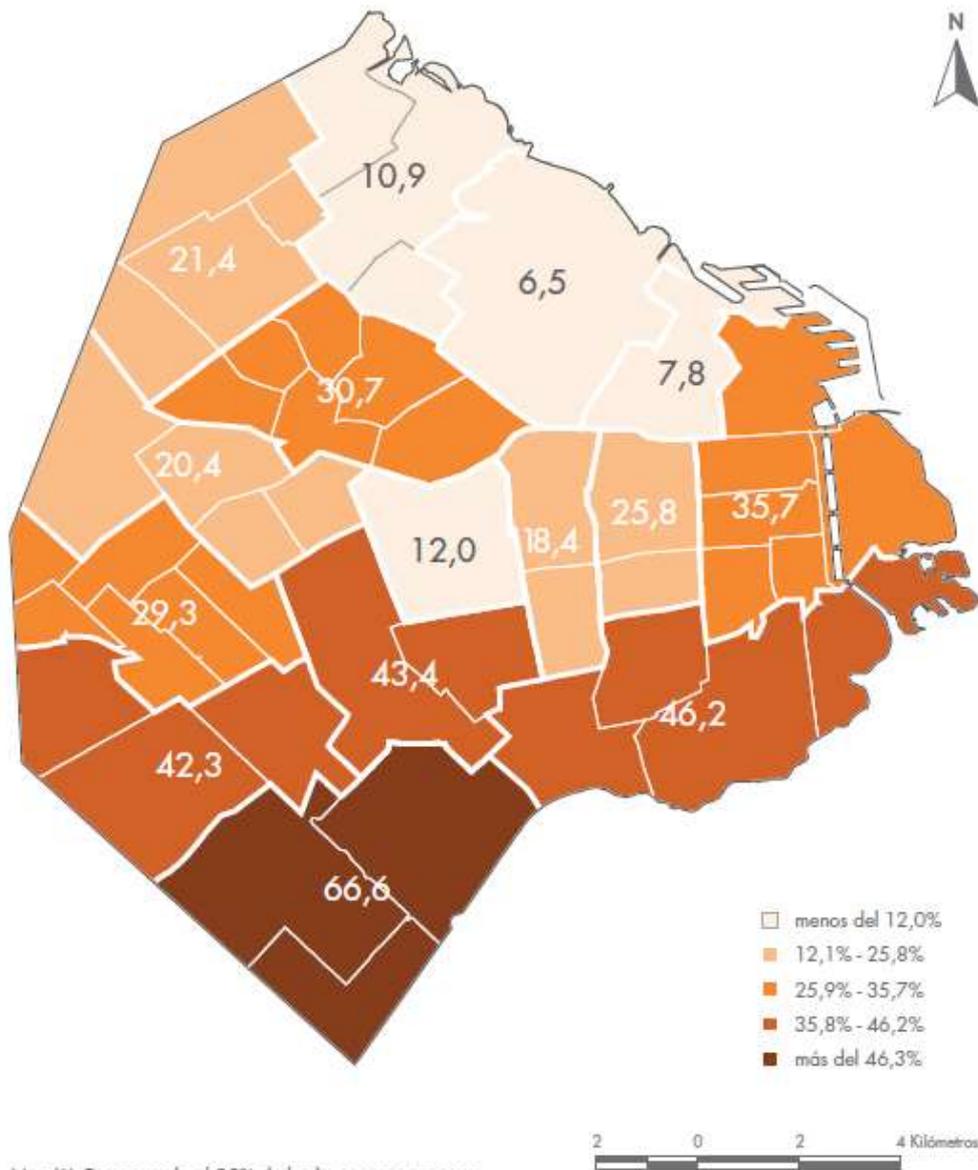
Fuente: Fuente: Mapa de elaboración propia en base al registro de la UIMyE según EAH - DGEyC. Para la estimación de pobreza se utiliza información del 2009 por ser la última base disponible que permite estimar ingresos por comuna.

Incidencia de la pobreza en hogares según UIMyE* por Comunas



Fuente: Mapa de elaboración propia en base al registro de la UIMyE según a EAH - DGEyC. Para la estimación de pobreza se utiliza información del 2009 por ser la última base disponible que permite estimar ingresos por comuna.

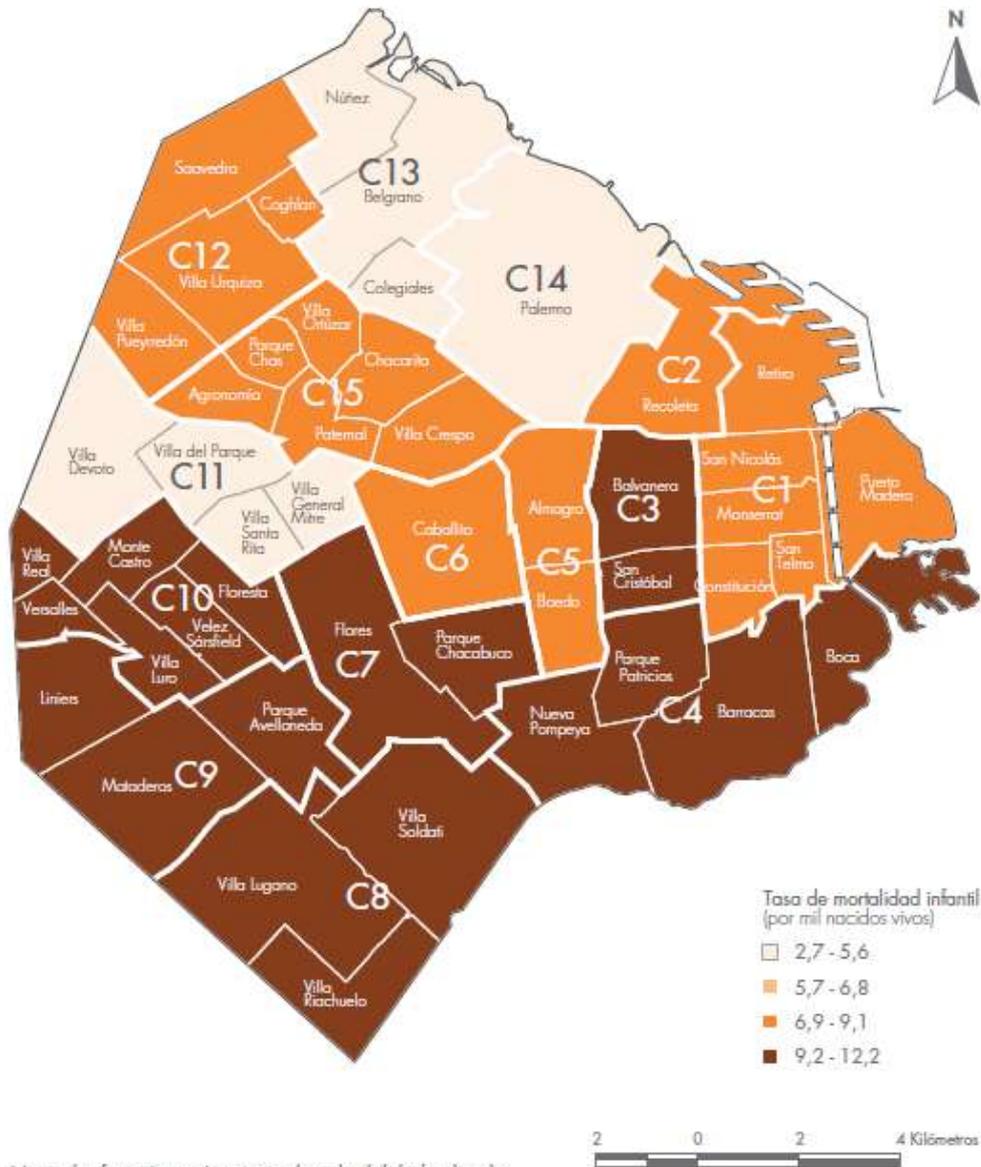
Participación de la población en el 1º quintil de ingresos per cápita familiar* por comunas



Nota(*) Corresponde al 25% de los hogares con menor ingreso según el ingreso per cápita familiar del hogar

Fuente: Mapa de elaboración propia en base al registro de la UIMyE según a EAH - DGEyC. Para la estimación de pobreza se utiliza información del 2009 por ser la última base disponible que permite estimar ingresos por comuna.

Mapa mortalidad infantil

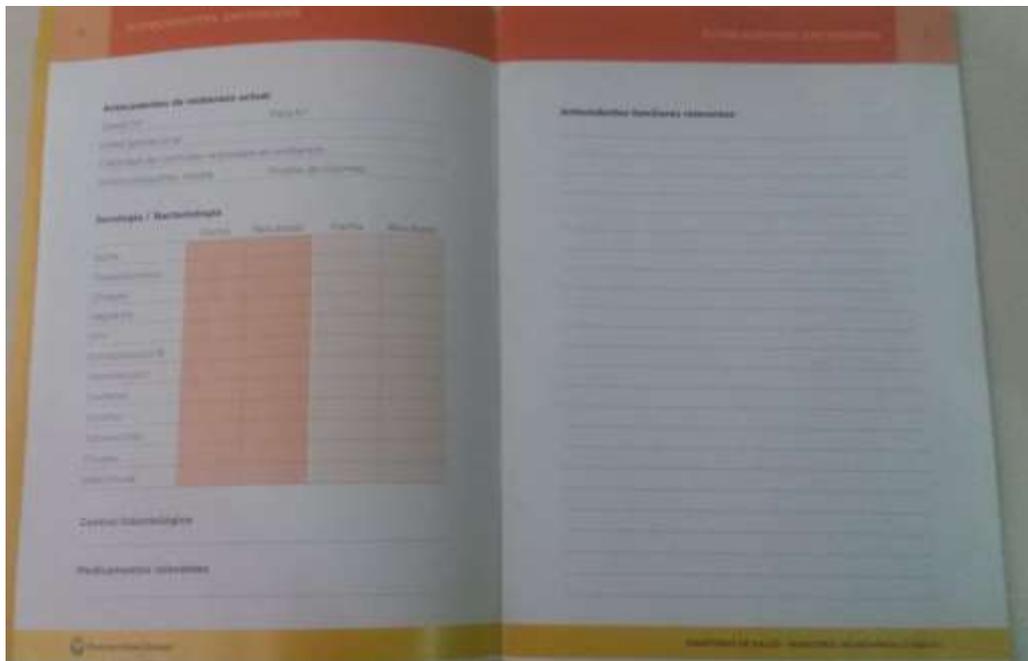
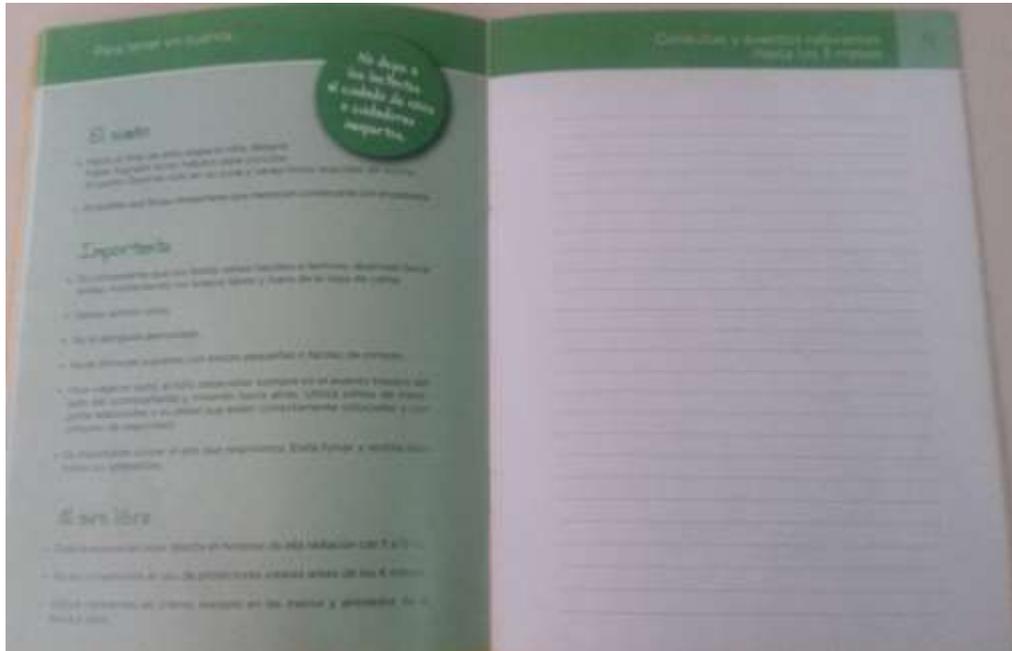


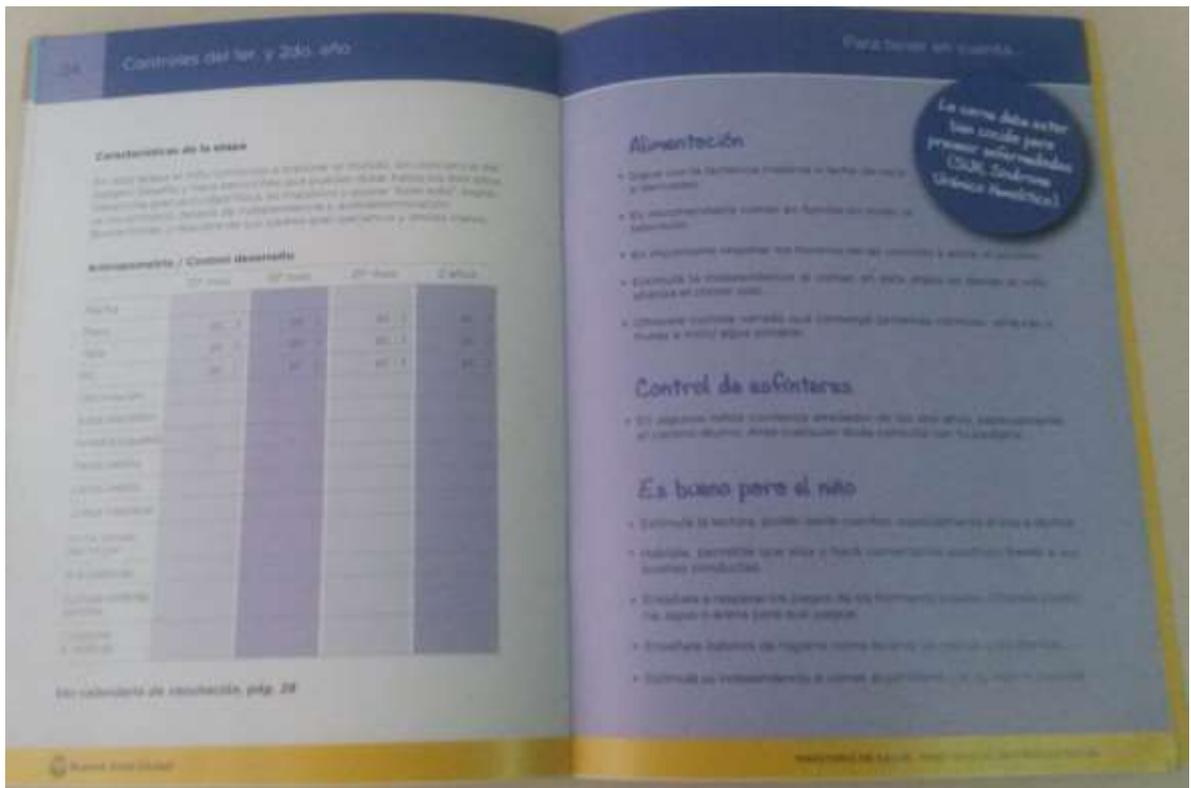
Nota: clasificación según criterio de reducibilidad aplicado a partir del año 2011.

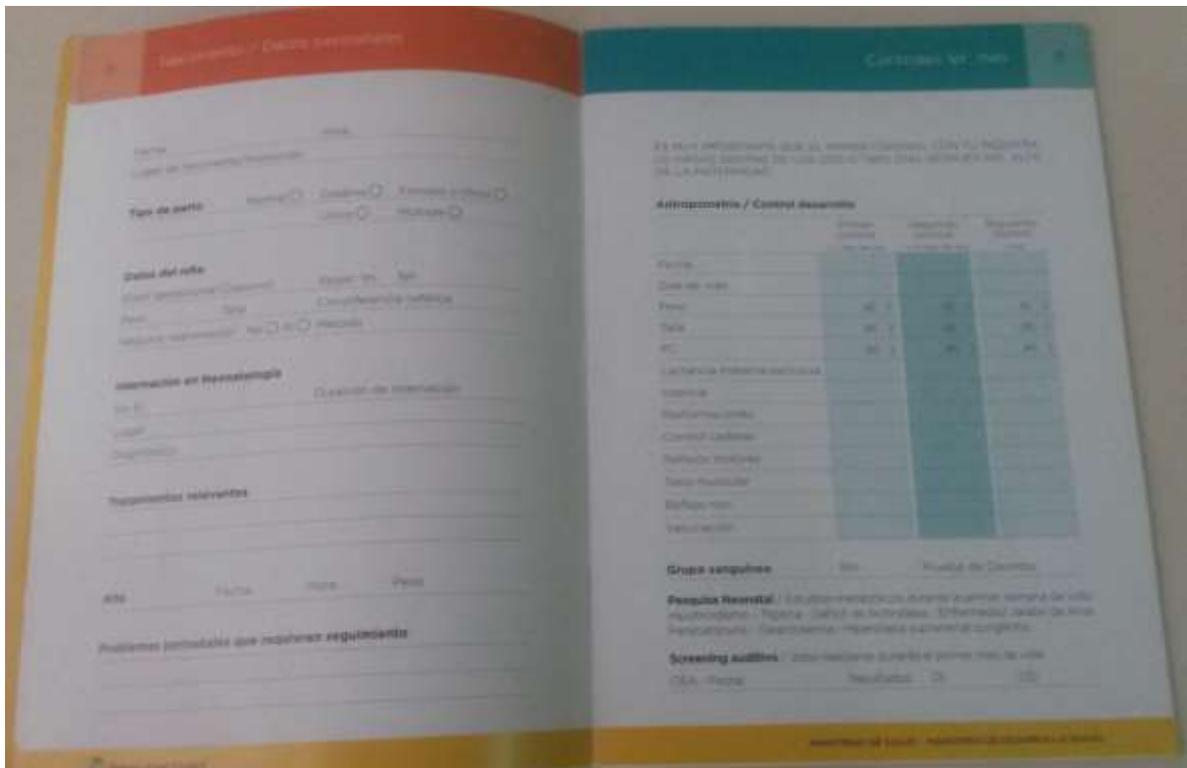
Fuente: Mapa de elaboración propia según datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales. Año 2013.

Anexo

Libreta de Cobertura Porteña de Salud perteneciente a una de las entrevistadas titular de la Red Primeros meses







Oficina de Atención (Sede Salguero)

Fuente: SITIO OFICIAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DE CALIDAD
SECRETARÍA DE GESTIÓN COMUNAL Y ATENCIÓN CIUDADANA



Informes



Oficina de entrevistas



Sala de espera para Área de consultas



Área Estudiar es Trabajar



Área Alta bebés

Dirección General del programa Ciudadanía Porteña (Oficina de Atención sede Curapaligüe)

(Fotografías tomadas durante las observaciones)

Fachada



Descripción VIDEO INSTITUCIONAL (Sede Curapaligüe): Se trata de un niño (dibujito) que está en un concurso y presenta al ganador : *“Bienvenidos a la entrega de premios bebés, hoy vamos a premiar al alimento preferido por los bebés. Luego de una investigación muy grande de encuestas y la evaluación de un notable jurado en base a sus numerosos beneficios el alimento preferido por los bebés es..... la leche de mamáaaa!!!”* (aplausos).

MATERIALES GRÁFICOS EN INGRESO OFICINA DE ATENCIÓN (CURAPALIGÜE)







PROGRAMA CIUDADANÍA PORTEÑA
Con todo derecho

ESTUDIAR ES TRABAJAR
CONVOCATORIA DE INSCRIPCIÓN 2010

Buenas noticias para los jóvenes de 18 a 29 años de hogares beneficiarios del Programa Ciudadanía Porteña.

Podrán tener su propia tarjeta con un monto adicional para poder seguir estudiando en cualquier nivel del sistema educativo formal con reconocimiento oficial.

Si todavía no te inscribiste, vení a **Jerónimo Salguero 979** de lunes a viernes de 10 a 15 h.

Para más información:
4867-6997/4867-6902
www.buenosaires.gob.ar
estudiarstrabajar@buenosaires.gob.ar

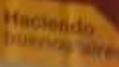
¡NO PIERDAS TU OPORTUNIDAD!

Ministerio de Desarrollo Social

 **Buenos Aires**
Gobierno de la Ciudad

 **buenosairesmujer**
Gobierno de la Ciudad

Nosotros también le decimos NO a la violencia contra la mujer
0800-66-MUJER (68537)

 Buenos Aires Ciudad  Haciendo Buenos Aires

Aprovechá esta oportunidad

Queremos que sigas estudiando



Apoyamos a estudiantes que se encuentren en situación de pobreza para que puedan continuar sus estudios, otorgándoles un subsidio mensual.

Requisitos: tener entre 18 y 29 años de edad y tener al menos 2 años de residencia en la ciudad de Buenos Aires.

Estudiar es trabajar

Ministerio de Desarrollo Social

Para mayor información:
Dirección de Ciudadanía Porteña
Salguero 979 de 10 a 15hs
Tels.: 4867-6997 / 4867-6902 /
4867-6941
estudiarstrabajar@buenosaires.gov.ar
www.buenosaires.gov.ar/areas/ides_social

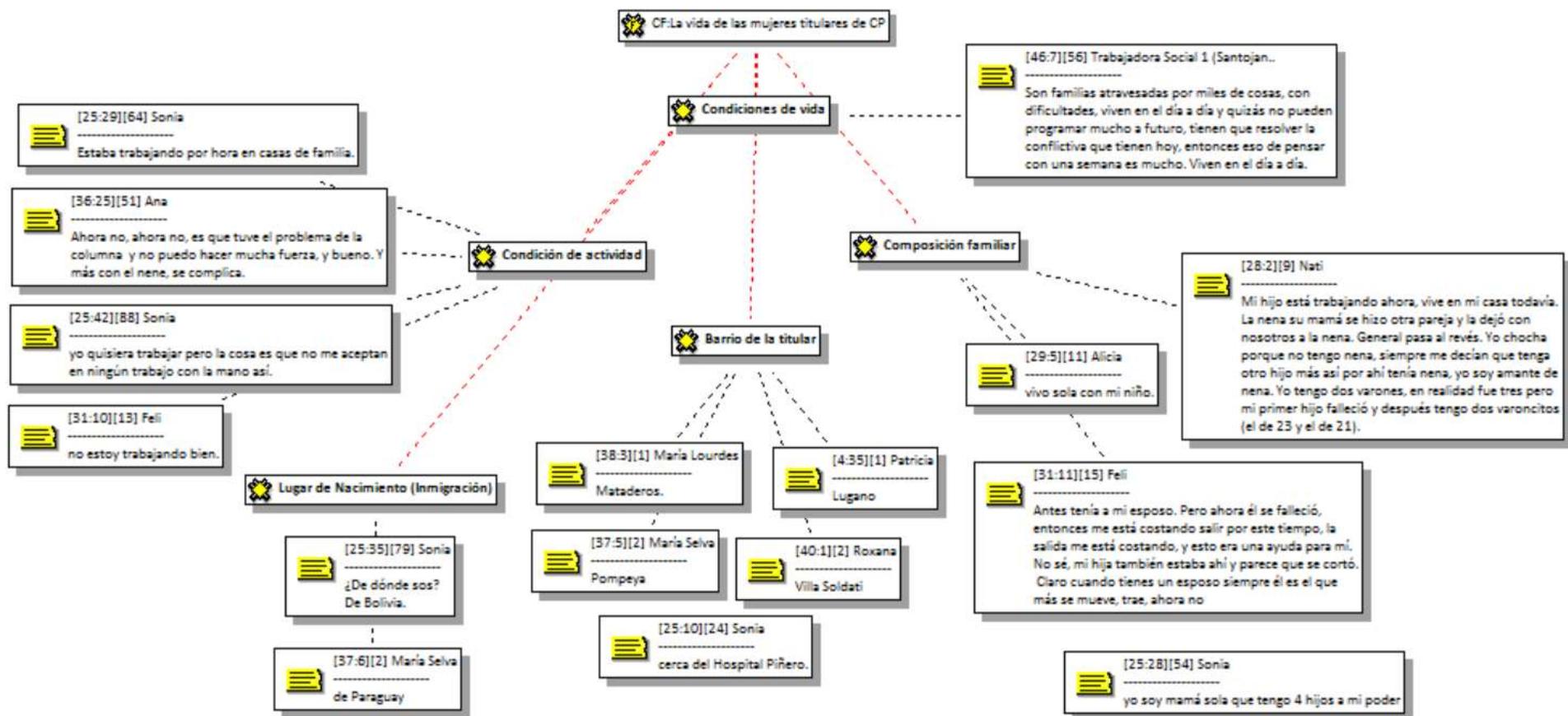
 Buenos Aires Ciudad

Haciendo
buenos aires

1

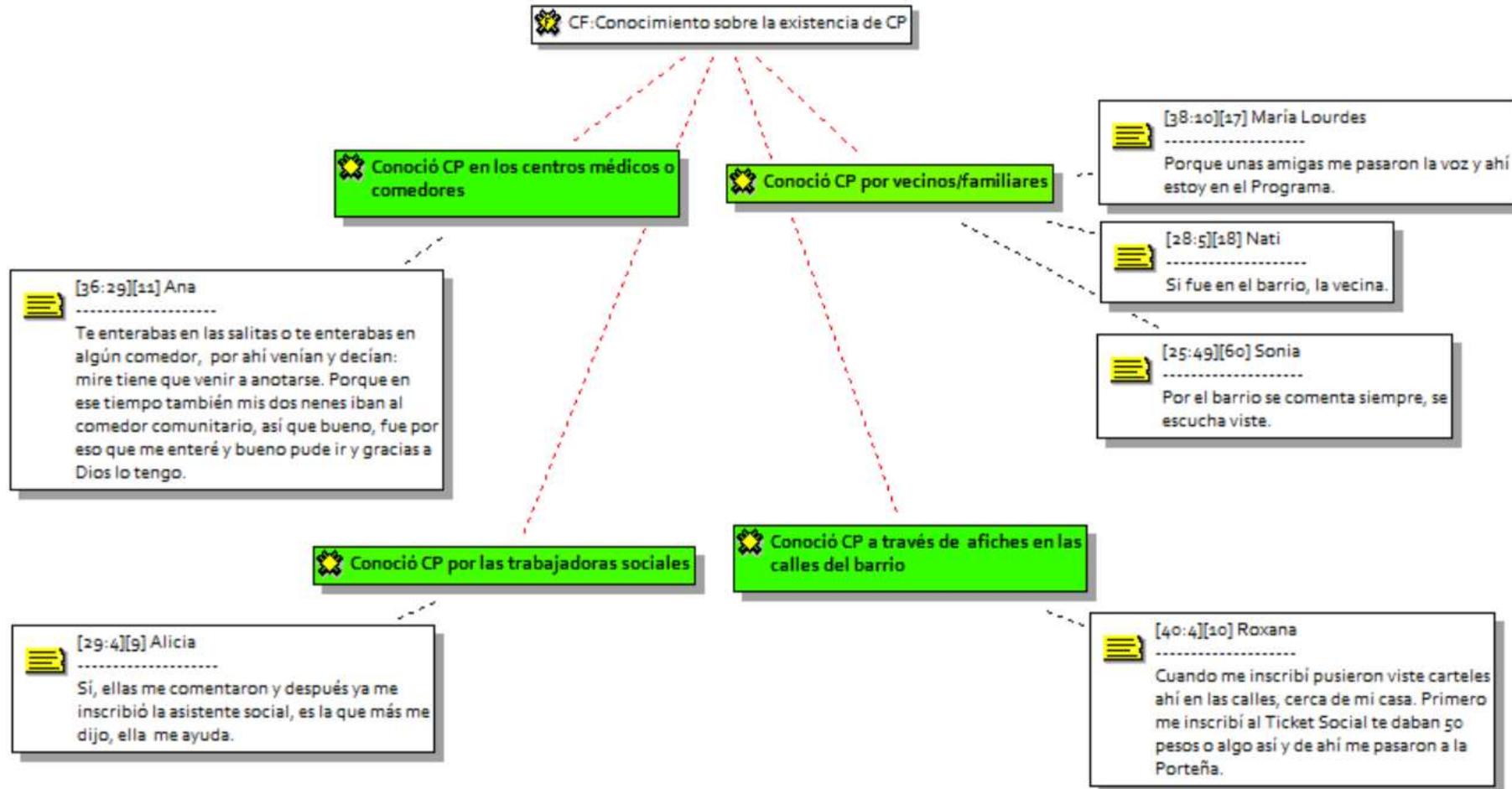
Condiciones de Vida de las beneficiarias de CP

Mapa con categorías y códigos importado de Atlas.Ti

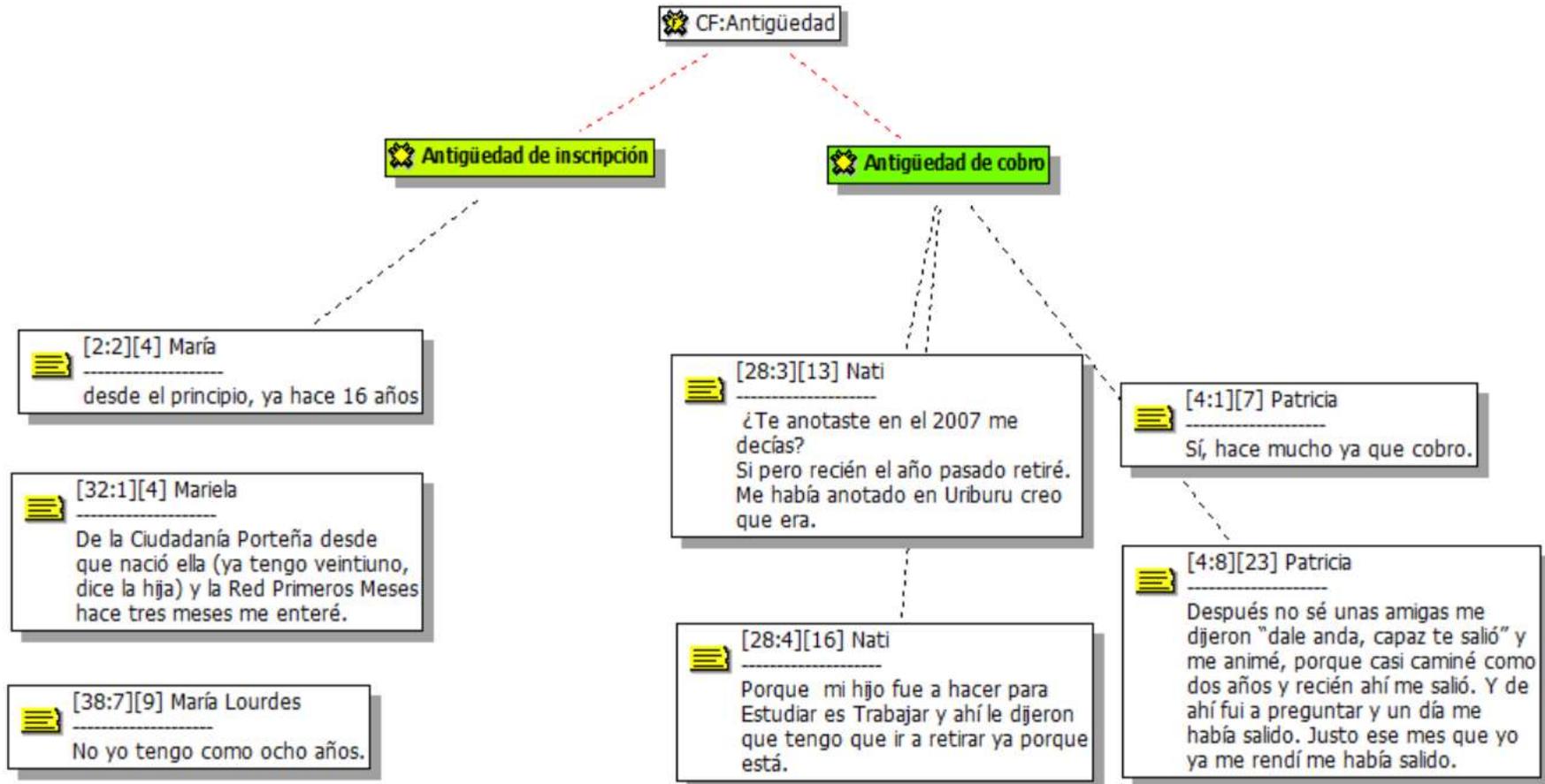


Historial de las mujeres entrevistadas en el Programa CP

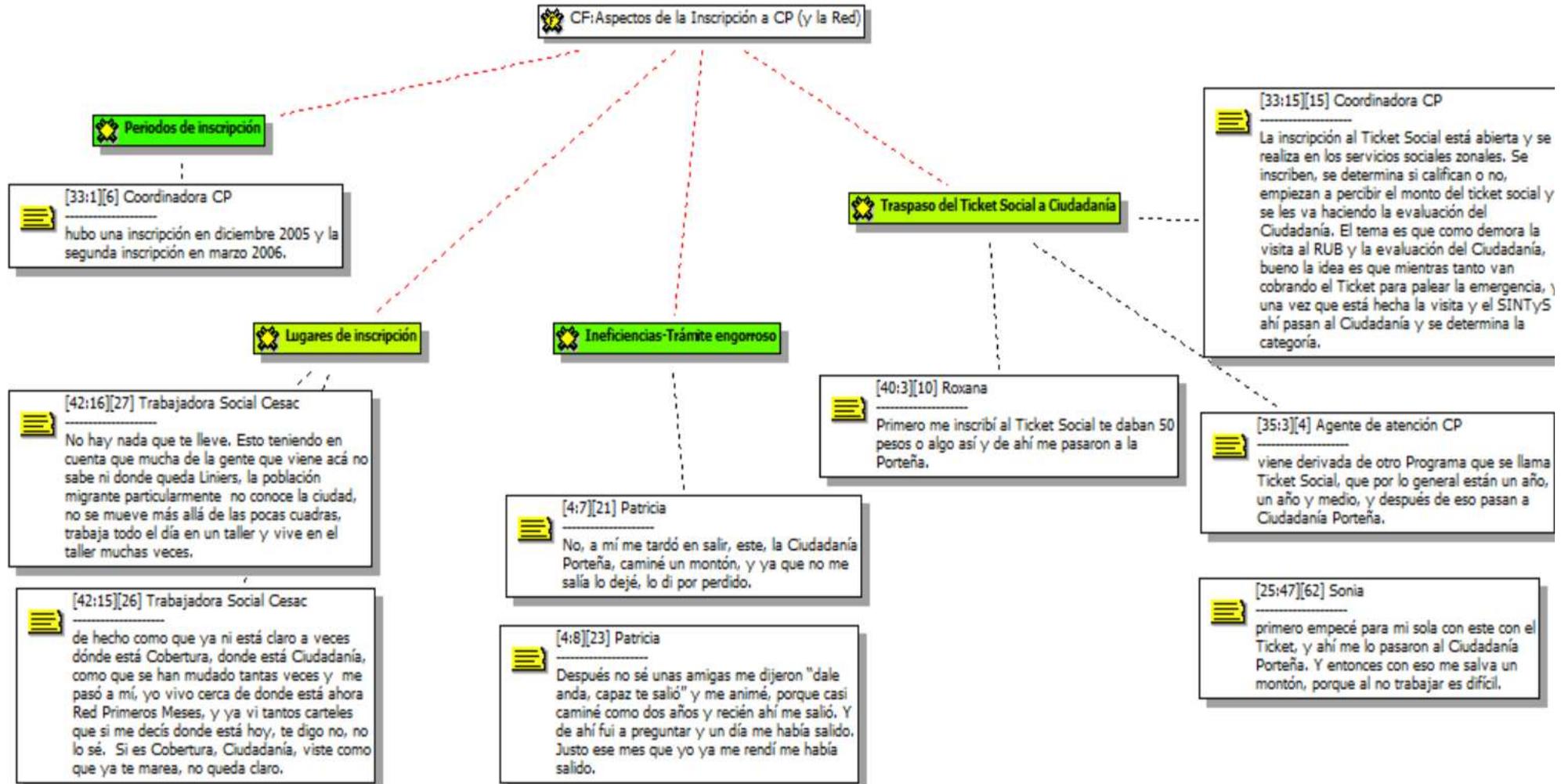
Mapa con categorías y códigos importado de Atlas.Ti



3



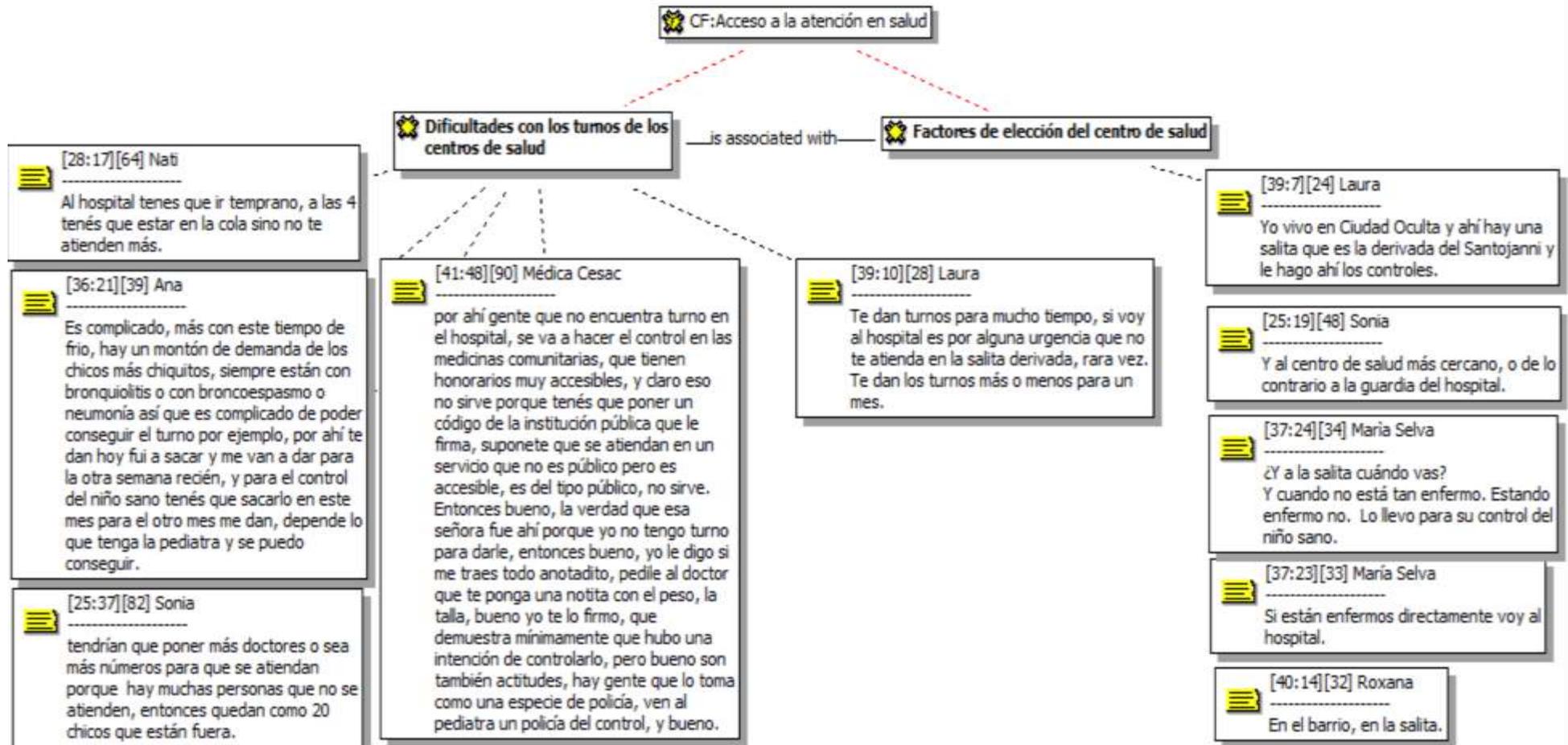
4



5
6

Estrategias y Trayectorias en los circuitos de salud

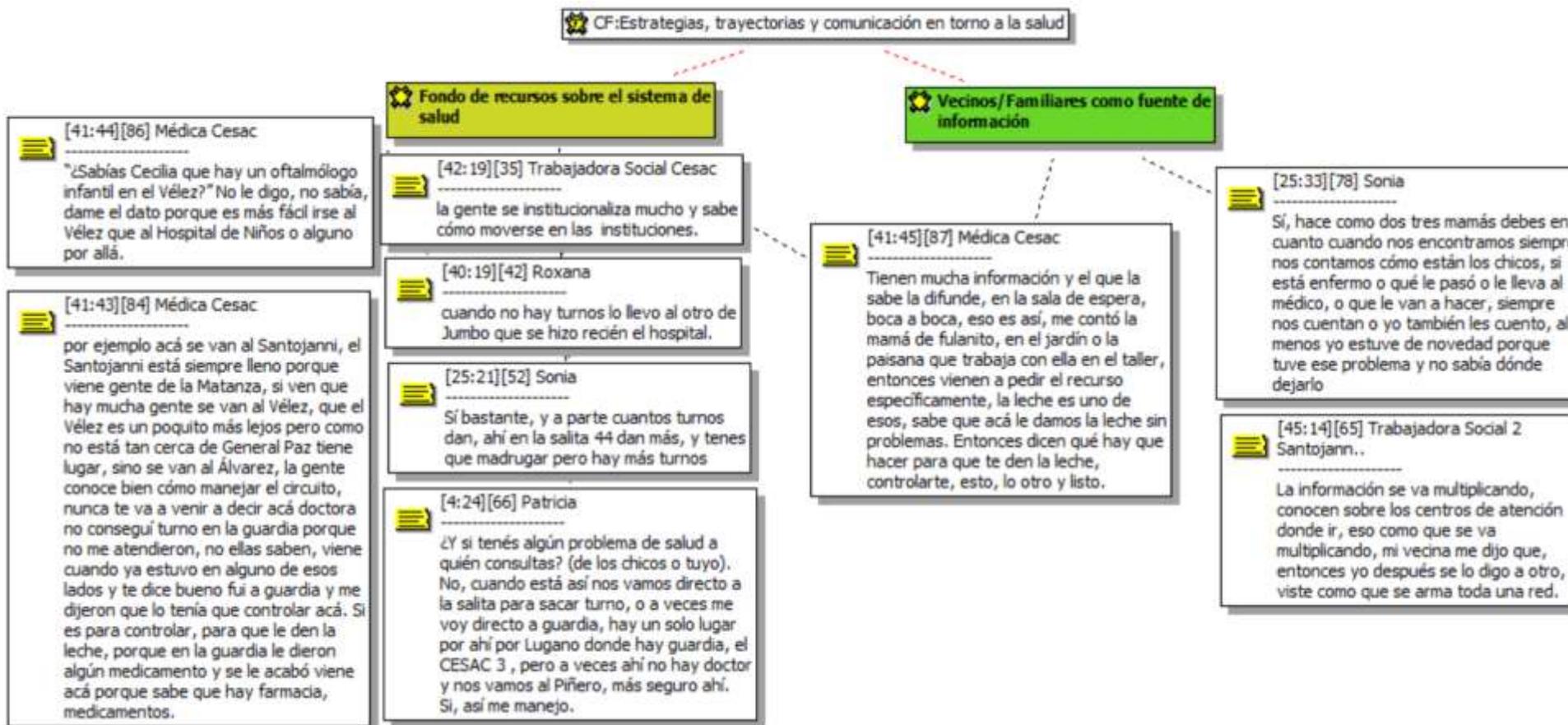
Mapa con categorías , códigos y citas ejemplo importado de Atlas.Ti

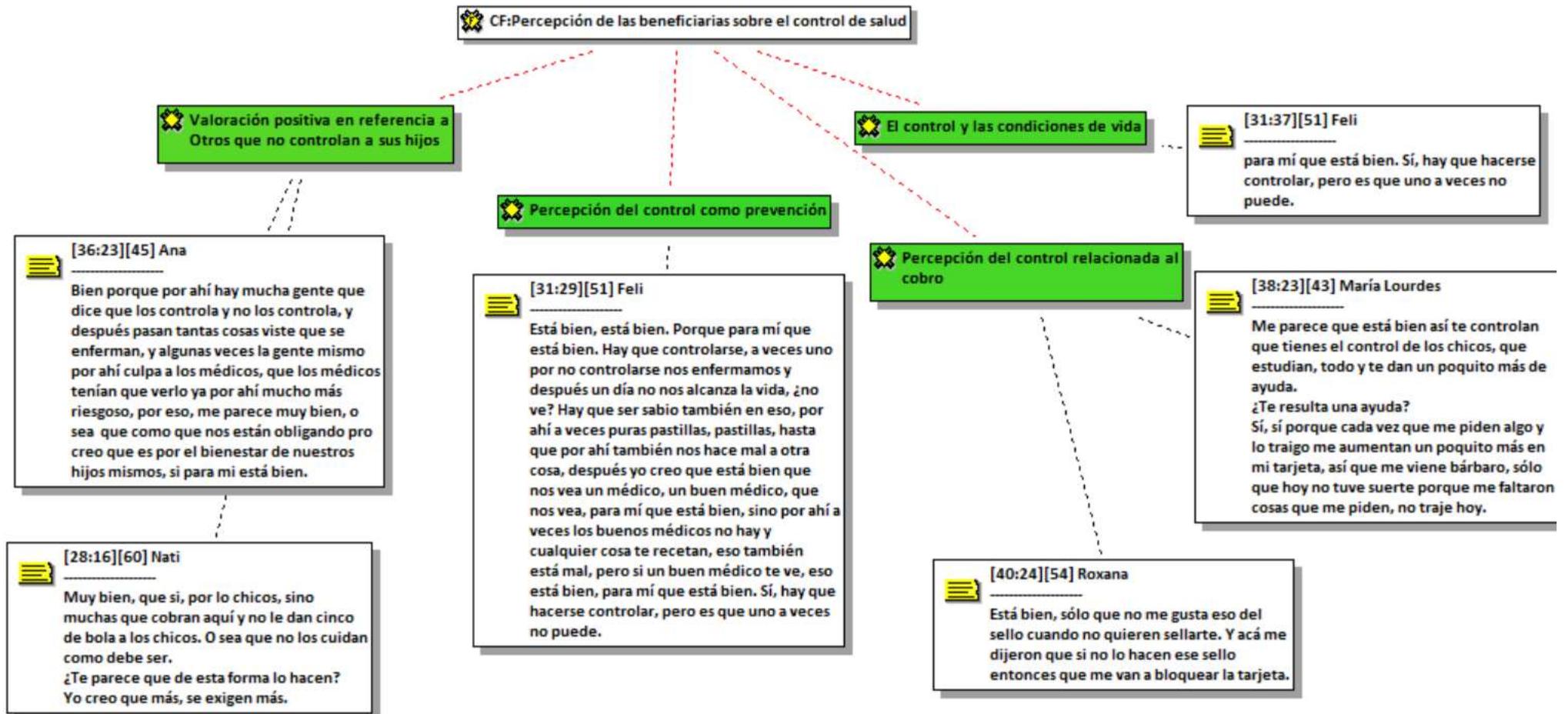


7

Estrategias y Trayectorias en los circuitos de salud

Mapa con categorías , códigos y citas ejemplo - importado de Atlas.Ti

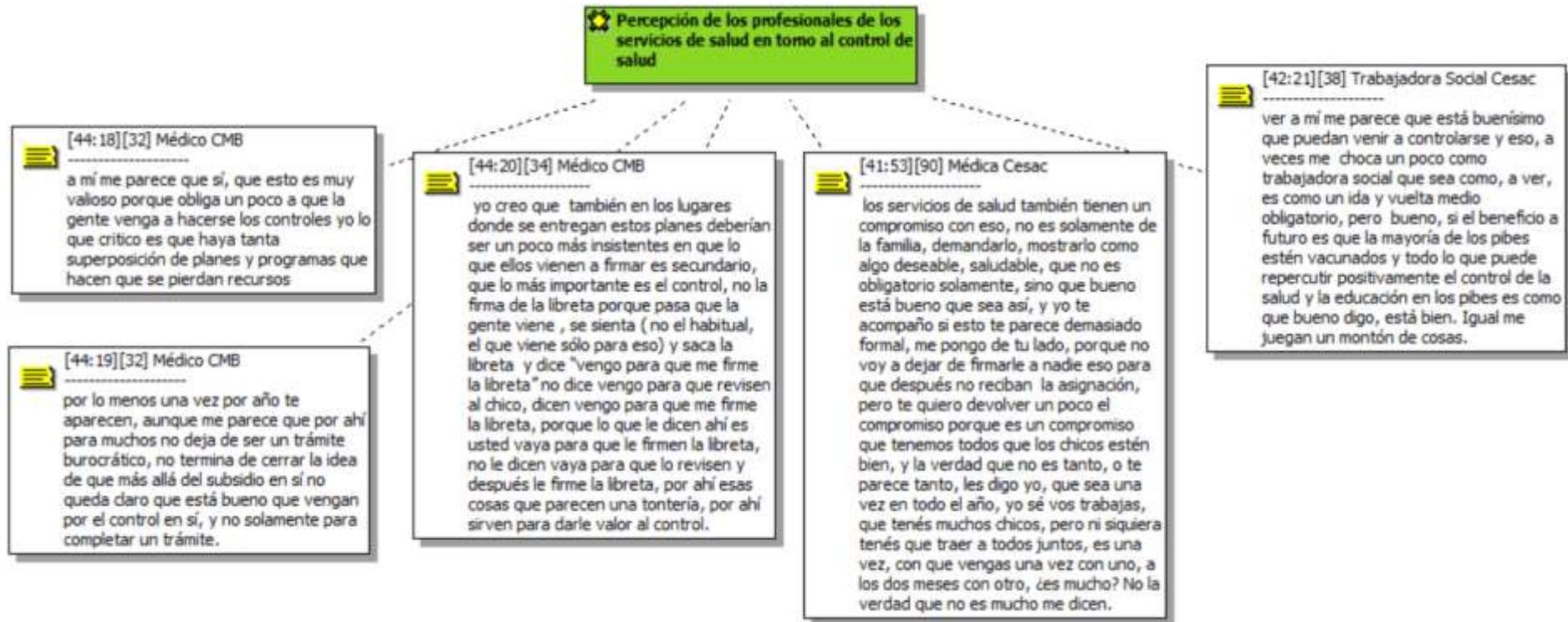




8

9

10



11

12

13

14

15

16

17
18

HU: tesis_Melina
File: [E:\Users\JORGE\Desktop\MELINA\PROYECTO
TESIS\ analisis_ tesis M...\tesis_Melina.hpr5]
Edited by: Super
Date/Time: 04/08/15 05:47:13 PM

Codes-quotations list

Code-Filter: All

Antigüedad de cobro {8-0}
Antigüedad de inscripción {12-0}
Articulación institucional Salud - Ciudadanía Porteña {10-0}
Aspectos negativos del trámite {8-0}
Ayuda {22-0}
Baja del Programa {4-0}
Barrio de la titular {11-0}
Cambio a la AUH {7-0}
Cambios en el programa {4-0}
Características de la titular {1-0}
Caso problemas con el sello médico {4-0}
Certificado de salud {10-0}
Composición familiar {8-0}
Concepción de salud {10-0}
Condiciones de vida {4-0}
Condición de actividad {10-0}
Conocimiento de los controles de salud como requisito {11-0}
Consultas sobre el Programa {2-0}
Consultas sobre salud en las Oficinas de Atención del Programa {3-0}
Consumo con la tarjeta {12-0}
Control de salud como trámite {3-0}
Control del niño sano / peso {5-0}
Control embarazadas {3-0}
Cómo se comunican los controles de salud {23-0}
Cómo se enteró de la existencia del Plan {12-0}
Cumplimiento de los controles {9-0}

Descripción de los controles de salud {4-0}
Descripción del Programa por las beneficiarias {4-0}
Descripción del Programa por los profesionales de la salud {5-0}
Descripción del Programa por las técnicas {3-0}
Descripción del control de salud por los médicos {4-0}
Dificultades con las contraprestaciones {4-0}
Dónde controlan la salud de los chicos {32-0}
El control de salud es hasta los 6-7 años {6-0}
Focalización {8-0}
Fondo de recursos sobre el sistema de salud {11-0}
Frecuencia del control de salud {9-0}
Fuentes de información sobre salud {1-0}
Hábitos de salud {9-0}
Información en centros de salud {5-0}
Información sobre la Red Primeros Meses {1-0}
Información sobre requisitos para percibir el plan {3-0}
Ingreso a la web de Ciudadanía Porteña {3-0}
Intergeneracional beneficiaria madre-hija {2-0}
Modalidad de cobro {6-0}
Turnos en los centros de salud {11-0}
Vecinos como fuente de información {3-0}
Percepción de la condicionalidad en salud según los profesionales de los servicios de salud {3-0}
Percepción del control de salud como requisito {14-0}
Percepción negativa del Programa {3-0}
Percepción positiva del Programa {15-0}
Proceso de inscripción {10-0}
Promoción de la salud desde el Ministerio de Desarrollo Social {3-0}
Promoción de la salud en los hospitales {5-0}
Requisito para seguir cobrando (primera pregunta espontánea) {10-0}
Responsabilidad de la madre en la salud {2-0}
Trabajo y cuidados de los niños {7-0}
Traspaso del Ticket Social a Ciudadanía {10-0}