



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

DOCTORADO EN CIENCIA POLÍTICA

TÍTULO DE LA TESIS:

**Las relaciones Gobiernos locales-Organizaciones sociales.
Determinaciones e influencias a partir de las políticas públicas.
El caso del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en el
Municipio de Rosario (2003-2010)**

AUTOR:

Valeria Venticinque

DIRECTOR:

Arturo Fernández

FECHA: Diciembre de 2012

Resumen

La investigación propuesta pretende identificar los factores que explican las rupturas y continuidades entre los gobiernos locales y las Organizaciones Sociales a partir de sus interacciones y la manera en que se materializa dicha relación mediante las políticas públicas participativas.

Nuestro trabajo parte de suponer que las interacciones entre los gobiernos locales y las OS, *a posteriori* del 19 y 20 de diciembre de 2001, se construyen a partir de las lógicas de exclusión en un sistema de “inclusión” que se consolida a partir de los años noventa.

De esta manera, las políticas públicas que diseñan los gobiernos, pretendiendo generar “proximidad” con los ciudadanos, vienen a completar la tríada democrática formal: “transición democrática-consolidación-democracias participativas”; así, con matices, la democracia liberal coloniza nuevas formas de hacer y pensar la política.

Como señala Chantal Mouffe, el modelo de democracia deliberativa propuesto por Habermas y sus seguidores, en la actualidad, se está convirtiendo en la tendencia de más rápido crecimiento en la esfera pública, en supuesta oposición al modelo de democracia agregativo que dominó la segunda mitad del siglo pasado; este último redujo la democracia a la expresión de intereses y preferencias manifestadas a través del voto que selecciona a los líderes. Lo específico del enfoque deliberativo es promover cierta racionalidad normativa, otorgar cierta lealtad a la democracia liberal, reconciliando la idea de soberanía popular con las instituciones liberales; el objetivo es establecer un vínculo más estrecho entre éste y la democracia. Sin embargo, es muy significativo que los contribuyentes de estas teorías son incapaces de separar lo procedimental de lo sustancial; esto revela la limitación de la propuesta, esta es la delimitación de un ámbito sujeto al pluralismo de valores y en el que se pueda establecer un consenso sin exclusiones. Habermas como Rawls pretenden la adhesión a la democracia liberal, así creen poder aislar la política de sus consecuencias relegando el pluralismo a la esfera privada, sin embargo, esto no es posible; esta postura teórica pretende negar la naturaleza contradictoria de la democracia moderna, y la eterna tensión entre democracia y liberalismo, y fundamentalmente, se excluyen las condiciones de existencia del sujeto democrático.

Desde esta perspectiva, la presente investigación viene a ofrecer una visión

novedosa de la forma en que se estructuran las relaciones gobiernos locales-OS en el período post-crisis del 2001, tomando al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable como unidad de análisis. Nuestro trabajo se propone describir la implementación del mencionado programa, impulsado por algunos gobiernos locales, contando con una instancia de participación a partir del control en la puesta en marcha del mismo, hecho que permitió incrementar la participación de un importante número de actores de la sociedad civil.

Observamos a las relaciones generadas entre los gobiernos y las OS con características conflictivas; si bien la participación de los actores sociales, en tanto promotores de derechos, siempre tiende a ser activa, y valoran estas instancias, existe malestar por la persistente incapacidad de generar un modelo de desarrollo equitativo, por “no poder lograr el matrimonio entre capitalismo y democracia”, y de esta manera, reafirmar la visión del modelo democrático en tanto un sistema de reglas de juego, procedimientos, instituciones, pero no mucho más que eso.

De lo expresado precedentemente, surge que el interés especial de esta investigación no es sólo la producción de nuevos conocimientos como un objeto en sí mismo, sino comprender las reformulaciones de la relación entre los distintos actores en un contexto de desafección política, el surgimiento de liderazgos fuertemente personalistas, el sostenimiento del discurso anti-político y la diversificación de las instancias de representación.

Este trabajo atiende a la necesidad de darle profundidad a los diferentes análisis realizados desde las ciencias sociales acerca de las consecuencias de los sucesos decembrinos, expresión de la profunda crisis que venía desgarrando a la sociedad argentina, como un momento de redefinición de las identidades políticas.

En tal sentido, esta investigación implica por sí misma una contribución teórica y empírica a cuestiones relacionadas con el desarrollo de políticas públicas transversales al género.

En términos generales, esta investigación se propone comprobar que el modelo democrático representativo intentó sostener el consenso desde múltiples manifestaciones en la Sociedad Civil, influenciada, intervenida y regulada por la Sociedad Política a través de distintos métodos; sin embargo, a fines del siglo XX, el lazo de representatividad

tradicional entra en crisis, profundizándose los desacuerdos; consecuentemente, se fueron reformulando las distintas maneras de construir propuestas, generar intereses y establecer compromisos entre los actores sociales, inaugurando una nueva etapa de la democracia representativa, la participativa.

Abstract

The proposed research aims to identify the factors that explain the ruptures and continuities between local governments and Social Organizations from their interactions and the way in which such relationship is embodied by means of participatory public policies.

Our work starts from the assumption that the interactions between local governments and SO, with hindsight to December 19th and 20th, 2001, are constructed from the exclusion logic in an “inclusion” system consolidated from the 90s.

Thus, the public policies framed by governments, seeking to generate “proximity” to the citizens, come to supplement the formal democratic triad: “democratic transition-consolidation-participatory democracies” and in such a way, with nuances, liberal democracy colonizes new ways of doing and thinking politics.

As Chantal Mouffe notes, the model of deliberative democracy proposed by Habermas and his followers today is becoming the fastest growing trend in the public sphere in alleged opposition to the aggregative model of democracy that dominated the second half of the last century; the latter reduced democracy to the expression of interests and preferences stated through the vote that selects leaders. Specifically, the deliberative approach promotes certain normative rationality, grants certain loyalty to liberal democracy reconciling the idea of popular sovereignty with liberal institutions; the objective is not to abandon liberalism but to establish a closer link between this one and democracy. However, it is significant that those who contribute to these theories are unable to separate what is procedural from what is substantial which, in turn, reveals the limitation of the proposal, this is the demarcation of an area subject to value pluralism and in which a consensus can be established without exclusions. Habermas as well as Rawls claim adherence to liberal democracy and believe they can isolate politics from its implications, relegating pluralism to the private sphere, however this is not possible, this theoretical position aims to deny the contradictory nature of modern democracy, and the eternal tensión between democracy and liberalism, and essentially excludes the conditions of existence of the democratic subject.

From this perspective, the present research comes to provide a novel view of how the local government-SO relationships are structured in the period 1996-2010, taking the

National Programme for Sexual Health and Responsible Parenthood as the unit of analysis. Our work aims to describe the implementation of the aforementioned programme, driven by some local governments, having a stage of participation from the control on its rollout, which made it possible to increase the participation of a large number of civil society actors.

We observe the relations generated between governments and SO with conflicting characteristics, although the participation of social actors, while promoting rights, always tends to be active, and values these instances, there is a deep sense of unease about the persistent failure to generate an equitable development model, for “failing to achieve the marriage between capitalism and democracy”, and thus reaffirm the vision of the democratic model as a system of rules, procedures, institutions, but not much more than that.

From what has been stated above, it appears that the special interest of this research is not only the production of new knowledge as an object in itself, but also the understanding of the reformulations of the relationship amongst the various actors in a context of political disaffection, emergence of strong personal leaderships, support of the anti-political discourse and diversification of representative bodies.

This paper addresses the need to give depth to the different analyses made from the social sciences on the consequences of the December events, expression of the profound crisis that had been tearing the Argentine society, as a moment of redefinition of political identities.

Likewise, the development of this research involves in itself a theoretical and empirical contribution to issues related to the development of public policies which promote gender equity.

In short, our research aims to prove that the barely consolidated democratic systems like the Argentine one had to develop prematurely before the requirements of a capitalist economy; these democracies never enjoyed a strong institutional framework, or full citizenship, but managed to be majority, Achilles' heel of legitimacy; however, when the homogeneity was not such, the rationality of voting was not enough. This is how the state actor with their many manifestations in civil society reconstructs consensus and reformulates the thinking on public policies, this innovative way of thinking management

involves citizen participation, understanding the latter as one of the tools that come to redefine the political equality thought to be previously achieved at the beginning of last century.

Agradecimientos

A las y los integrantes de INSGENAR e INDESO y los efectores de salud municipal, que con mucha generosidad me permitieron compartir sus miradas.

A Graciela Rocchi, que posibilitó la concreción de este proyecto.

A Arturo Fernández, mi amigo y director.

A mi familia y amigos de siempre.

A Tati Iglesias, María Crisalle, Paulo y Tomás, que me apoyaron, me ayudaron y me dieron ánimo.

A mis queridas Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales (UNR) y Facultad de Humanidades y Ciencias (UNL), por el tiempo y el afecto brindados.

A la UNGS y al CEDES, que me apoyaron laboralmente durante este último año.

A aquellos que me dieron su apoyo incondicional con información, ideas, y actividades, trataré de nombrarlos a todos y cada uno: a todos los Integrantes e investigadores del PAV que posibilitó mi primer beca de Agencia CyT , especialmente, a Cintia Pinillos; a María de los Angeles Yannuzzi, Osvaldo Iazzetta, Hugo Quiroga, Silvia Robin, Estela Pérez Moncunill, Claudia Voras, Alberto Ford, Florencia Rovetto, Alicia Villamajó, Roberto Zampani, Oscar Madoery, Maricel Bertolo, Verónica Ardanza, Joaquín Gorrochategui, Florencia Rispolo, Elsa Raineri, Milagros Sosa Sállico, Verónica López Tessore, Ana Esther Koldorf, Mónica Billoni, José Giavedoni, Natalia Pautasso, María Fernanda Otero, Laura Shenquer, “Pancho” Maciá, Marilé Di Filippo, Lucía Macoc, Luciana Ginga, María Noel Ferri, Paula Roses, Damián Verba, Juan Lucca, Cecilia Lesgart, Gastón Souroujon, Santiago Boggione, Jorgelina Bernasani, Lourdes Lodi, María Elena Nogueira, “Rigo” Bisso, Adriana Rofman, Fernando Isuani, Oscar Ozslack, Ingrid Bauman, Vanesa Lerner, Silvia Tort, Alejandra Saccone, Adriana Cicare, Norma Rinaldi, Silvia Kuschnir, Oscar Sgrazutti, Aneris Cao, Walter Koza, Mercedes Betria, Candela Sialle, Celeste Schnyder, Sonia Scarabelli.

Agradezco, igualmente, la posibilidad de participar del Núcleo Interdisciplinario de Género, del CEIM y el CEDIF.

Todo mi agradecimiento y cariño a mis alumnos y colegas de la UNL, la UNR.

Índice

Introducción	13
Capítulo I. Representaciones teóricas	31
1.1. Acerca del concepto de democracia	31
1.2. Nacimiento, desarrollo y metamorfosis: acerca del concepto de Sociedad Civil	44
1.3. (Re) Pensando el concepto de representación.....	59
Capítulo II. Apuntes sobre historia reciente en la Argentina	66
1.1. La construcción de las relaciones entre las Organizaciones Sociales y los Gobiernos en Argentina	66
1.2. Argentina, diciembre de 2001	80
1.3. Protesta, movimientos, acciones: las protagonistas de siempre	96
Capítulo III. Las organizaciones sociales, las políticas públicas y la perspectiva de género	111
1.1. El rol de las organizaciones sociales en políticas públicas	111
1.2. El caso de INDESO	131
1.3. El caso de INGESNAR	141
1.4. El caso del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y las OS	151
Capítulo IV. Las políticas, las acciones y las prácticas de salud pública desde la perspectiva de género	174
1.1. Políticas públicas y perspectiva de género	174
1.2. Políticas de salud pública	193
1.3. El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Perspectiva de género en salud pública.....	215

1.4. Políticas de salud pública durante el período 1996-2010. El caso del Municipio de Rosario	224
Capítulo V. El Municipio de Rosario	255
1.1. El caso de Rosario: nacimiento, desarrollo y modificaciones de la sociedad civil	255
1.2. Interacciones entre las organizaciones sociales y el Gobierno municipal	266
1.3. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable: continuidades y rupturas en el Municipio de Rosario	303
1.4. Cuadros de caracterización de la implementación de PSSyPR en el Municipio de Rosario	329
Conclusiones	347
Bibliografía	359
Anexos	382
Anexo I. Documentos oficiales.	
Anexo II. Entrevistas	

Índice de Cuadros de caracterización de la implementación de PSSyPR en el Municipio de Rosario

Cuadro N° 1	330
Cuadro N° 2	331
Cuadro N° 3	332
Cuadro N° 4	333
Cuadro N° 5	334
Cuadro N° 6	335
Cuadro N° 7	336

Introducción

Este trabajo fue concebido inicialmente como un estudio de las Organizaciones Sociales y sus interacciones con el Estado municipal. Nuestra investigación de tesis doctoral se fue reformulando con el fin de abarcar un territorio más preciso que pudiera evidenciar quiebres y continuidades en dichas relaciones después de la crisis institucional del 2001. Así se definió que la unidad de análisis fueran las OS surgidas en nuestro el Municipio de Rosario que habían intervenido en el diseño, implementación o evaluación de políticas públicas promotoras de equidad de género, con el compromiso de incorporar el objetivo de la igualdad al conjunto de políticas, medidas legislativas y demás actividades.

En lo que refiere al universo empírico, se ha decidido tomar una parte del territorio nacional, realizando el trabajo en la ciudad de Rosario. De esta manera, se pretende observar las relaciones de fuerza construidas a la luz de las modificaciones evidenciadas en el escenario político nacional desde la caída del gobierno de la Alianza y la construcción de nuevas formas de participación y representación política. Asimismo, se estudian los factores explicativos de las formas que asumen las interacciones entre gobiernos locales y las OS *a posteriori* del 19 y 20 de diciembre de 2001, a partir de la generación de políticas públicas que, en su diseño y/o implementación, promueven la participación ciudadana.

Tema

Las amplias y variadas expresiones de precariedad laboral y exclusión social que se verifican en América Latina alertan sobre las tendencias a una mayor incertidumbre que tienen los ciudadanos con respecto a sus oportunidades de vida, como también sobre el alto riesgo de verse involucrados en trayectorias que deriven en una situación de pobreza y marginalidad social. Esta situación es el resultado de muchos factores, pero, primordialmente, se puede señalar que la inseguridad de las personas deviene de la pérdida de la red de seguridad laboral que, tradicionalmente, sostenía los derechos económicos y sociales.

Una vez definido como problema el hecho de la escasa realización de los derechos sociales, resulta más fácil encontrar cursos de acción. Es decir, es preciso no confundir la

falta de aplicación o ausencia de vías de implementación con el problema mismo, ya que de este modo no se construye ninguna definición y mucho menos una solución, pasándose a construir un falso problema. Esta falta de claridad en conceptualizar los problemas es lo que ha generado innumerables círculos viciosos que impiden articular políticas integrales de seguridad social y efectivizar los derechos sociales.

Se trata, entonces, de abrir nuevos espacios que amplíen los márgenes de actuación de las políticas públicas, y que, a su vez, impliquen cambios graduales en la nueva estructura del Estado post-reforma, pero que, al mismo tiempo, establezcan una clara reversión de las tendencias, en dirección a la consideración de las diferencias de género.

Los sucesos del 2001 fueron la expresión de la profunda crisis que venía desgarrando a la sociedad argentina desde mediados de la década del noventa. El país del 19 y 20 de diciembre sufría las consecuencias de una recesión económica, combinada con el deterioro de todas las formas de sociabilidad y una fenomenal crisis política. Así, al compás de la virulenta caída de un gobierno, se fueron constituyendo nuevos sujetos sociales, o resignificándose viejos. Esta disposición que toma lo social trajo “nuevas” expresiones organizativas, multiplicándose el representar y ser representados. Las políticas impulsadas por el gobierno nacional, iniciadas en los años noventa y fortalecidas a partir del 2002, conllevaron un afianzamiento de la matriz asistencial del modelo neoliberal. Consecuentemente, se produjo un punto de inflexión dentro del mundo organizacional, y también proliferaron las políticas que entendían la transversalidad de género como una demanda social, en estos tiempos, impostergable.

Las políticas públicas nacidas en este contexto se articulaban entre sí a partir de las organizaciones que en el territorio se dedicaban a la gestión de las necesidades básicas cuyas acciones estaban lideradas, generalmente, por mujeres.

Frente a la crisis de centralidad y competencias del Estado-Nación, y en un contexto de renovado protagonismo del espacio local, algunas voces advierten en estas experiencias municipales nuevas tendencias que reaniman el proceso de construcción democrática desde abajo; así se fue constituyendo una nueva escala de referencia para pensar lo político. De esta manera, las ciudades se convierten en un terreno que permite indagar acerca de “nuevas” y “femeninas” formas de participación ciudadana, y que contribuye al retorno de los ciudadanos a los problemas públicos. Así se van conformando escenarios donde se lleva

a cabo la articulación entre la esfera pública y la esfera privada, entre el Estado y la Sociedad Civil, intentando insertar la transversalidad de género en la resolución de los diferentes dilemas.

Problema

La investigación propuesta pretende identificar los factores que permiten explicar las rupturas y continuidades en las interacciones que se desarrollan entre los actores gubernamentales locales y las Organizaciones Sociales a partir de la crisis evidenciada en diciembre del 2001. Así como la manera en que se materializa dicha relación, mediante el monitoreo de determinadas políticas públicas.

Objetivo general

Analizar la construcción de las interacciones entre los Gobiernos locales y las OS a partir de determinadas políticas participativas en el Municipio de Rosario en el período 2002-2010.

Objetivos específicos

Con respecto a las OS:

1. Caracterizar las OS que interaccionan con los Gobiernos locales mediante la implementación y/o control del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

2. Analizar las repercusiones que se producen en la organización a partir de la participación del actor en el mencionado programa.

Respecto a las OS y los gobiernos locales:

Reconstruir las interacciones entre los Gobiernos locales y las OS a partir de la participación en el PSSyPR.

Con respecto a los gobiernos locales:

1. Describir la modalidad que asume el programa de salud sexual y procreación responsable en el territorio.

Indagaciones preliminares

En función del tema de investigación propuesto, se realizó una primera aproximación a la bibliografía disponible. Algunas investigaciones, durante más de una década, contribuyeron a la visión apologética de la Sociedad Civil, considerada como polo de virtudes democratizantes. Su participación y su poder de influencia frente al Estado y a los partidos políticos constituirían el eje de la construcción democrática, y concentrarían el peso explicativo de las características que ésta asume (PNUD y BID, 2000; García Delgado, 1990; Cardarelli, 1998; Rosenfeld, 1998; Cunill Grau y Bresser Pereira, 1998).

Otro grupo que observa el impacto de los profundos cambios estructurales que vivió nuestro país en las últimas décadas con respecto a las relaciones Estado-Sociedad Civil señala que las transformaciones se verificaron particularmente en el plano económico-social, deteriorando la relación entre la sociedad y sus representantes (De Piero, 2005: 229; García Delgado, 2003; González Bombal y Villar, 2003). En contraposición a esta postura, los teóricos de la acción colectiva señalan las resignificaciones de las OS como un motor generador de nuevas dinámicas representativas, en virtud de lo cual nos encontramos ante el incremento de instancias de mediación, donde la gente formula reclamos e interactúa con distintos sectores del Estado y del resto de la Sociedad Civil (Tilly, 2000: 9; Tarrow, 2000, citado en Iglesias, 2008). Desde el post-marxismo y allegados, también hay miradas encantadas ante el nuevo escenario público, afirmando que lo que surge en la Argentina “post-2001” es la expansión, en cierta medida, de las diferentes organizaciones populares que construyen la identidad en torno a la idea de dignidad. En este sentido, las organizaciones surgen y/o se resignifican en el contexto de formación “de nuevas demandas insatisfechas”, todas ellas vinculadas con la precarización de las relaciones laborales (Laclau, 2005; Barros, 2006; Aboy Carlés, 2001).

Los análisis desde el Estado señalan que el cambio hacia una menor actividad económica de este actor lo desvinculó, en cierta medida, de lo social; así, las

responsabilidades se fueron corriendo del Estado Central a las provincias y los municipios, y de estos actores a la Sociedad Civil en sus distintas representaciones. Lo público social, expresado en el resurgimiento de lo social, debió asumir tareas para las cuales no estaba capacitado; así, lo público transitaba de ahora en más por dos andariveles, el ya mencionado “social”, y el tradicional, de lo público-estatal (Iazzetta, 2007b).

Otras posturas desmitifican a las OS, afirmando que la relación entre estos actores y los distintos organismos estatales, en particular el sector dedicado a los pobres, atravesó por distintas etapas de interacción. Así, el gobierno fue distribuyendo sus recursos a actores de la sociedad civil, avanzando desde el asistencialismo clásico a otras formas de clientelismo (Bustelo, 1995; Acuña y Vacchieri, 2007; Leiras, 2007).

Las corrientes más ligadas al institucionalismo, en la última década el sector dedicado a los vulnerables, profundizaron sus análisis de la relación Estado-Sociedad Civil, sosteniendo el concepto de *accountability*, que hace referencia a la capacidad para asegurar que los funcionarios públicos rindan por sus conductas; es decir, que estén obligados a justificar y a informar sobre sus decisiones y que, eventualmente, puedan ser castigados por ellas (O'Donnell, 1998).

Con respecto a los análisis de las políticas públicas generadas después del 2001, existen algunas investigaciones que se remiten a indagar casos, si bien se han realizado interesantes análisis sobre las interacciones entre la Sociedad Civil y los Gobiernos locales a partir de políticas públicas (Rofman, 2002; Acuña, 2007). En este sentido, las estrategias más importantes que se han implementado son: (i) la igualdad de oportunidades, (ii) la acción positiva, y (iii) la transversalidad (Anzorena, 2008). Es notoria la ausencia de un análisis a nivel nacional de éstas, como así también su relación con las gestiones que han asumido su implantación y los actores que han colaborado en la misma. Los principales tipos de políticas anti-discriminatorias en nuestro país y las estrategias de intervención tampoco poseen investigaciones exhaustivas en relación a su aplicación y actores participantes, mucho menos pensando en un análisis que comprometa las relaciones de los actores de la Sociedad Civil con los gubernamentales.

Si bien las perspectivas de los trabajos mencionados son diferentes y abordan la Sociedad Civil desde distintos actores, la mayoría se aboca a realizar un análisis de las relaciones de estos sujetos de manera unidireccional, no entendiéndolas como interacciones

en continua reformulación y construcción. También se constata la ausencia de investigaciones exhaustivas que abarquen el período 2002 hasta la fecha, en relación a las OS y los gobiernos locales, realizando un análisis a nivel nacional, interactuando a partir de políticas de salud que promuevan la equidad de género.

De acuerdo a investigaciones realizadas, se pudo observar que, partir de la implementación de ciertas políticas, funcionarios y el resto de los actores involucrados vieron transformadas su percepción respecto a las organizaciones y sus participantes, en su mayoría mujeres y, especialmente, en el caso de aquellas provenientes de sectores populares. Ya no son objeto pasivo de políticas sociales o “recipientes vacíos” donde verter conocimientos, sino de pensarlas como sujetas sujetadas a un orden simbólico, a condiciones materiales de existencia y, sobre todo, a un cuerpo sexuado: son mujeres, que pertenecen a una clase, con historias, con vidas, capaces de conocer, de aprovechar las oportunidades y de transformarlas, aunque más no sea en los límites de su mundo (AAVV, 2008).

Justificación de la investigación a realizar

En nuestro país, el modo en que las teorías de la transición democrática fueron entendidas como priorizando los aspectos formales, métodos y reglas, frente a las sustantivas desigualdades sociales, estuvo íntimamente relacionado con la forma de entender la agenda democrática en la que la modernización, la racionalización y la eficacia prevalecieron por encima de casi cualquier otra cuestión social (Castorina, 2007: 64).

La construcción de las relaciones entre gobiernos locales-OS no ha sido objeto de indagaciones académicas profundas en la última década en la Argentina, aun cuando tanto unos como otras fueron actores protagónicos de los cambios sufridos en el sistema democrático.

Hoy estamos ante la necesidad de revalorizar el actor gubernamental, satanizado desde todos los ámbitos durante más de una década; esto supone volver a una concepción amplia de este actor que incluye no sólo el aspecto burocrático, sino su dimensión legal, su papel en el desarrollo económico y social, y su reubicación como referente simbólico. Para esto, creemos imprescindible conocer su accionar y sus interacciones con otros actores;

pero, sobre todo, analizar los determinantes e influencias de esta relación desde los claroscuros propios del singular modelo democrático argentino.

De lo expresado precedentemente, resulta que el interés especial de esta investigación no es sólo la producción de nuevos conocimientos como un objeto en sí mismo, sino comprender las reformulaciones de la relación entre los distintos actores en un contexto de desafección política, el surgimiento de liderazgos fuertemente personalistas, el sostenimiento del discurso antipolítico y la diversificación de las instancias de representación.

En materia de género, la Argentina presenta muchas características propias de una nación industrializada: un equilibrio en el nivel educativo alcanzado por varones y mujeres, niveles de fertilidad global y tasas de mortalidad materna relativamente bajas, y una de las menores diferencias por género en la participación en la fuerza laboral de América Latina.

La representación política de la mujer también se encuentra entre las más elevadas del continente, pero la Argentina es también un país de contrastes: los índices de mortalidad materna, si bien comparativamente bajos, también varían según la región y, mientras que la participación de la mujer en la fuerza de trabajo ha aumentado de manera significativa, la mayor parte de estos puestos de trabajo se han dado en el sector informal de baja remuneración el que, si bien ofrece flexibilidad, también se encuentra entre los menos estables y peor retribuidos; las diferencias por género en los niveles salariales y el ascenso laboral subsisten. Por otra parte, si bien la educación ha generado oportunidades en el mercado laboral para las mujeres, sus contribuciones continúan percibiéndose como complementarias o secundarias respecto de las de los hombres, y el trabajo doméstico sigue siendo, en su mayor parte, una responsabilidad de la mujer.

Es fácilmente comprobable que la conquista de los derechos de ciudadanía para las mujeres, así como el efectivo alcance de los mismos, no sólo no están asegurados sino que presentan serias limitaciones. La familia tradicional, basada en los ingresos de un jefe de familia varón, ya no es la regla; las modalidades de vida están cambiando y diversificándose; y la presencia de movimientos sociales como el feminismo o el ecologismo, ante este escenario de tipo excluyente, resulta indispensable, a fin de volver a discutir el alcance efectivo de los derechos sociales para los ciudadanos en general y para las mujeres en particular.

En otros términos, cualquier proceso de reformas de instituciones sociales y con mayor razón si se trata de la redefinición del Estado, debe hacerse en el marco de un debate público y participativo de todos los ciudadanos para que puedan expresar sus demandas en torno a las políticas e instituciones reformadas. Otra vez, las demandas y necesidades diferenciales de las mujeres deben ser consideradas en todo su alcance, ya que no sólo importa la calidad de miembro de la sociedad, sino cómo se disfruta de tal derecho. Por ello, la participación social es una forma indispensable de ejercer la ciudadanía, y que conforma un bien en sí mismo, independientemente de si se la ejerce o no. Se trata de lograr medidas y acciones de gobierno que promuevan efectivamente la autonomía y las capacidades personales, y que también permitan fortalecer el ejercicio de las libertades personales y democráticas (Pautassi, 2000).

Marco teórico

Entendemos necesario, en primer lugar, precisar algunas cuestiones con respecto a la idea de democracia; en este sentido, seguimos a Eduardo Rinesi, quien señala que “la democracia argentina es mucho más liberal que popular, es mucho más compleja, mucho más mezclada, articuladora de principios democráticos y principios liberales, pero también integrando elementos tradicionales y criterios de legitimidad poliárquicos, oligárquicos, burocráticos, tecnocráticos y corporativos” (Rinesi, 2007).

Teniendo en cuenta los distintos conceptos que fueron siendo trabajados, y que manifiestan la complejidad del objeto a abordar, es que comenzaremos a referirnos a ellos de manera diferenciada. El concepto de Sociedad Civil que trabajamos en esta investigación es el que utilizan Cohen y Arato, ya que, como expresan los autores: la teoría democrática presupone un modelo de sociedad en el cual “la relación entre los modelos normativos de democracia o los proyectos de democratización y la estructura y dinámica de la sociedad civil no ha sido lo suficientemente clara, en parte porque no contamos actualmente con una teoría lo bastante compleja de la sociedad civil” (Cohen y Arato, 2000: 23). Las transformaciones que abordaremos se verificaron particularmente en el plano económico social; por este motivo, nos abocamos al tema a partir de la proliferación de Organizaciones de la Sociedad Civil (PNUD y BID, 2000: 440), y el protagonismo,

delegativo y obligado, de este actor en la gestión pública. Tenemos algunas reservas con respecto a la forma en que se ha tratado el estudio de este concepto; en primer lugar, al tratar a este actor como unificado sin admitir su heterogeneidad; por otro lado, al aislar a la sociedad civil de la sociedad política, ignorando sus relaciones, con todas sus diferencias de orden estructural y organizativo (Dagnino, Olvera Rivera y Panfichi, 2006: 13).

Con respecto al concepto de organizaciones de la Sociedad Civil, siguiendo a Balbis, podemos consensuar que estas entidades deben ser: institucionalizadas, independientes, privadas, sin fines de lucro, autogobernadas, no religiosas, no partidarias —en el sentido de no estar destinadas a imponer una idea política, a sus candidatos o a alcanzar el poder del Estado—, aunque no se excluyen organizaciones promovidas por partidos políticos, voluntarias o que involucran de manera significativa la participación voluntaria (Balbis, 2001). En relación a aquellas de base territorial y comunitaria, cabe indicar que se constituyen con el propósito de dar respuesta a las necesidades de los pobladores de un ámbito territorial determinado, obtienen sus recursos de otras fuentes distintas de los aportes de los miembros, y sus objetivos apuntan a satisfacer una multiplicidad de intereses comunitarios; la trama asociativa de éste tipo de organizaciones es muy rica y sumamente dinámica.

En relación a las organizaciones que nos hemos propuesto analizar, podemos establecer que son aquellas dedicadas al control o a aquello que generalmente recibe la denominación de *accountability*, este concepto se refiere a la capacidad para asegurar que los funcionarios públicos rindan por sus conductas, es decir, que estén obligados a justificar y a informar sobre sus decisiones y que, eventualmente, puedan ser castigados por ellas; fue Guillermo O'Donnell el mentor de dicha construcción teórica. Así, la *accountability* vertical por definición se refiere a la dimensión electoral por medio de elecciones razonablemente libres y regulares; los ciudadanos pueden castigar o premiar a los gobernantes votando en favor o en contra de ellos, o bien por los candidatos que prefieran en las elecciones; la existencia de *accountability* vertical implica que estas poliarquías son democráticas: los ciudadanos pueden ejercer su derecho de participar en la elección de quien los gobernará por cierto período y pueden organizarse para expresar libremente sus opiniones y demandas. Respecto a la *accountability* horizontal, se trata de la existencia de instituciones estatales que poseen fuerza legal y están tácticamente dispuestas y capacitadas

para emprender acciones que van desde el control rutinario hasta sanciones penales en relación con actos u omisiones de otros agentes o instituciones del Estado que pueden, en principio o presuntamente, ser calificados como ilícitos. De este modo, se pueden distinguir dos direcciones principales en las que la *accountability* horizontal puede entrar en juego: una consiste en la transgresión ilegal, por parte de una agencia estatal, de la autoridad de otra; la segunda, corrupción, consiste en ventajas ilícitas que los funcionarios obtienen para sí mismos o sus asociados. La *accountability* horizontal se refiere a un subconjunto de interacciones; trata, exclusivamente, de aquellas que comparten una característica común: son emprendidas por una institución estatal con el propósito explícito de prevenir, cancelar, reparar o castigar acciones o inacciones de otra institución o agente estatal que se presumen ilegales, tanto bajo los supuestos de trasgresión como de corrupción. Este concepto delimita un tipo específico de interacción entre instituciones estatales, más estrecho que el conjunto de controles e intercambios entre ellas; en todos los casos, una institución estatal dada, directamente o a través de la movilización de otra (a menudo, un juzgado), se dirige a otra institución estatal, invocando normas legales, respecto de acciones o inacciones presumiblemente ilegales por parte de ésta. El mismo autor señala que, para que este tipo de *accountability* sea efectivo, deben existir agencias estatales autorizadas y dispuestas a supervisar, controlar, rectificar y sancionar actos ilícitos de otras agencias del Estado. Las primeras agencias deben poseer no sólo autoridad legal para proceder de esta forma, sino también, de facto, autonomía suficiente respecto de las segundas. Este es, por supuesto, el viejo tema de la división de poderes y de los pesos y contrapesos entre ellos; incluye las instituciones clásicas del Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial, pero en las poliarquías contemporáneas también abarca a diversas agencias de supervisión, *ombudsmen*, contralorías, fiscalías y semejantes; un punto importante pero poco reconocido es que, para ser efectivas, estas agencias no pueden operar de forma aislada.

Los distintos miembros de la sociedad civil participan del ámbito público como una tercera dimensión capaz de superar la “cuestionable” visión dicotómica que enfrenta de manera absoluta lo estatal con lo privado, indudablemente, está vinculada a la necesidad de asignar una distinta proyección de las relaciones entre Estado y Sociedad Civil. Lo público constituye un ámbito específico distinto a la esfera política y a la esfera estatal: es el lugar de la deliberación colectiva de los ciudadanos y la modalidad en que la preocupación

ciudadana por el orden social puede actualizar lo político en la política (Cunill Grau, 1995: 3).

En este sentido, pensando en las políticas públicas desde una perspectiva sociopolítica creemos pertinente hacer uso de las construcciones teóricas de Esping-Anderson; así, al tratar aquí una situación problemática consecuencia del desmantelamiento de parte del Estado de Bienestar, elegimos hablar de políticas como gestión pública de los riesgos sociales (Esping-Anderson, 2000: 55). En este esquema, los riesgos sociales deben ser asegurados por las políticas, los riesgos pueden ser perennes o parte de la historia, otros se hallan estratificados socialmente; asimismo pueden ser individuales, pero se transforman en sociales cuando la sociedad los reconoce como merecedores de atención pública. Así, el mencionado autor divide los riesgos en tres grandes grupos: los riesgos de clase —implica que la probabilidad de un riesgo social se distribuye de manera desigual en los diversos estratos sociales—; riesgos de trayectoria vital —los riesgos se distribuyen desigualmente a lo largo de la trayectoria de vida, la pobreza se concentra en la infancia—; y los riesgos intergeneracionales —estos implican que las situaciones de inequidad se heredan e implican la necesidad de políticas de igualdad de oportunidades—.

En este marco, las problemáticas que deben abordar las interacciones entre las OS y los gobiernos locales materializan las consecuencias de los distintos riesgos sociales; el PSSyPR es sólo una de las distintas formas de gestionarlos, particularmente, propiciando la equidad de género, lo cual resulta posible mediante políticas y prácticas de gestión sensibles al género.

Este trabajo pretende una mirada transversal en relación al género, aunque en este sentido, cabe detenerse en lo señalado por Pautassi al mencionar que, si bien transversalización implica formular políticas con equidad género, el diseño, de políticas sectoriales debe incorporar también la equidad social en general (Pautassi, 2007). Esto significa que no se debe considerar a las mujeres como un “grupo vulnerable”, y mucho menos pensar que porque se incorpore un “componente mujer” o “mujeres beneficiarias” en los programas sociales focalizados, que fueron la práctica institucionalizada de los últimos veinte años y aún lo siguen siendo, se ha diseñado conforme a una perspectiva de género, ya que ésta implica considerar la distribución asimétrica del poder a nivel micro y

macropolítico, económico y social. Es decir, el enfoque de derechos en conjunción con la transversalización de género (*gender mainstreaming*) muestra las formas y la ingeniería necesarias para hacer posible la implementación de un andamiaje que haga efectivo los derechos existentes y que amplíe las oportunidades.

Hipótesis general

El modelo democrático representativo, intentó sostener el consenso desde múltiples manifestaciones en la Sociedad Civil influenciada, intervenida y regulada por la Sociedad Política a través de distintos métodos, sin embargo, a fines del siglo XX, el lazo de representatividad tradicional entra en crisis, profundizándose los desacuerdos; consecuentemente, se fueron reformulando las distintas maneras de construir propuestas, generar intereses y establecer compromisos entre los actores sociales inaugurando una nueva etapa de la democracia representativa, la participativa.

Hipótesis específicas

1- En primer lugar, es preciso señalar que los sucesos del 2001 fueron la expresión de la profunda crisis que venía desgarrando a la sociedad argentina desde mediados de la década del noventa. El país del 19 y 20 de diciembre sufría las consecuencias de una recesión económica combinada con el deterioro de todas las formas de sociabilidad y una fenomenal crisis política. En este sentido, al compás de la virulenta caída de un gobierno, se fueron resignificando viejos sujetos sociales; esta disposición que toma lo social trajo expresiones innovadoras y se multiplicaron los modos de representar y ser representados.

2- Frente a la crisis de centralidad del Estado, y con el protagonismo del espacio local, se advirtió en las experiencias municipales nuevas tendencias que reanimaron el proceso de construcción democrática desde abajo; así se fue constituyendo una nueva escala de referencia para pensar lo político. De esta manera, los municipios se constituyen en un terreno que permite innovar en las formas de hacer política.

3-Las políticas, las decisiones y las prácticas entendidas como gestión de los riesgos sociales, instrumentalizadas desde los gobiernos locales, pretendiendo generar proximidad con la ciudadanía, vienen a completar la tríada democrática formal: “transición democrática-consolidación-democracias participativas”; de esta manera, con matices, la democracia liberal impregna las formas de hacer y pensar la política.

Evaluación de alternativas metodológicas

El problema que se plantea y la perspectiva teórica orientan a este proyecto de investigación a la utilización de una perspectiva metodológica cualitativa. La misma nos permitirá reconstruir las lógicas y las trayectorias de los actores implicados para, de esta manera, demostrar cómo construyen las interacciones los gobiernos y las OS seleccionadas.

Nuestro diseño de investigación puede ser caracterizado como explicativo. Por otro lado, los objetivos que guían esta investigación son el punto de partida en el desarrollo de nuestro trabajo, que no está pensado con una lógica rectilínea, sino que es un ir y venir entre el instrumental teórico y la empírica. Dadas las características pretendidas para esta investigación, se propone como estudio de caso un municipio de la provincia de Santa Fe; este universo no fue lo suficientemente explorado en los términos que se plantean en este proyecto.

Como resultado más significativo, cabe destacar la identificación de las mutaciones que sufren las relaciones entre las OS y el gobierno local, con sus dispositivos territoriales a partir de la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Asimismo, se aspira a verificar el alcance en términos de transversalidad horizontal que tuvo la política analizada en el período seleccionado.

Esta investigación implica por sí misma una contribución teórica y empírica a cuestiones relacionadas con el desarrollo de políticas participativas, como así también al desarrollo de las reformulaciones que sufre el modelo democrático en función de los cambios suscitados en las relaciones entre gobiernos y actores sociales.

Finalmente, esta propuesta expresa la dinámica de los planteamientos metodológicos de género, pensando en que las relaciones sociales atraviesan todas las esferas de acción de los seres humanos y todas las áreas del conocimiento, aportando de

manera significativa a la comprensión de la realidad social, tanto en los planos materiales como simbólicos y, particularmente, en las relaciones asimétricas entre mujeres y varones, cuyas identidades se encuentran entramadas con otras categorías analíticas, como clase, etnia, generación, ciudadanía.

Unidad de análisis

En el marco del caso mencionado, la unidad de análisis serán las interacciones entre gobiernos locales y OS. Las OS rosarinas seleccionadas serán aquellas que hayan estado involucradas en la promoción, diseño, implementación y/o control del PSSyPR y formen parte de la red CoNDeRS (Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales) en el período 2003-2010.

Selección de técnicas y análisis de datos

Como ya mencionamos, el diseño cualitativo es el que creemos pertinente para nuestra investigación. En cuanto a la selección de técnicas de recolección y análisis de datos, de acuerdo al problema de investigación y a la perspectiva teórica que hemos formulado, se considera pertinente recurrir a diferentes técnicas de recolección de información: la observación no participante, la observación de documentos y la entrevista a informantes claves.

En la observación no participante, el instrumento de recolección será un “registro” en el que se consignará información sobre las organizaciones en lo referido a sus características generales, redes, formas de financiamiento, publicaciones, investigaciones, material de difusión, acciones y prácticas impulsadas por estas o por otras a los fines de lograr objetivos comunes. El objeto de esta técnica es el de visibilizar el conjunto de prácticas y, también, el de contrastar cómo algunas ideas de las organizaciones se plasman o no en la práctica cotidiana, y de qué forma éstas van constituyendo una identidad institucional. La observación de documentos incluye fuentes primarias y secundarias en distinto formato. Las primarias serían los registros fruto de la observación no participante llevada adelante en diferentes organizaciones y en las áreas que participen activamente o

subsidiariamente de los gobiernos locales seleccionados. Las secundarias que consultaremos serán: documentos elaborados por las OS, los gobiernos y por sus diferentes organismos (documentos elaborados por el CoNDeRS y el Ministerio de Salud).

Por último, queda referirnos a las entrevistas a informantes claves, esta técnica de recolección está destinada a explorar sobre las motivaciones y las perspectivas que los actores le adjudican a determinadas políticas y prácticas de las OS y de los gobiernos.

Dichas entrevistas tendrán el carácter de semiestructuradas, y los informantes claves tendrán que cumplir determinadas características: haber participado y participar activamente en la organización seleccionada para el análisis, tener conocimiento acerca de, por un lado, las motivaciones que originaron la organización y, por el otro, las que impulsaron la participación en el monitoreo de la política elegida, y conocer, asimismo, las relaciones que el gobierno mantiene con esa organización.

También se realizarán entrevistas a informantes claves, equipos técnicos del Municipio de Rosario y se contactará a los responsables de los centros de salud —se seleccionó a un centro de salud por distrito además de los centros de salud que funcionan en los CMD (Centros Municipales de Distrito)—, como así también a distintos referentes de las áreas involucradas en la implementación del PSSyPR.

Hoja de ruta

En el capítulo I, se realiza un recorrido por las representaciones teóricas; específicamente, esta parte de la tesis ofrece los conceptos y constructos que serán utilizados para la concreción de los objetivos de nuestra investigación. Asimismo, se reflexiona sobre conceptualizaciones que desechamos por considerarlas inapropiadas para los fines perseguidos por esta investigación.

En el capítulo II, realizamos un recorrido histórico breve sobre nuestra unidad de análisis; es decir, las relaciones entre las OS y los gobiernos desde la transición democrática al período seleccionado en esta etapa de nuestra investigación (2003-2010). Haciendo un poco más que historia reciente, relatamos el surgimiento de Estado argentino como piedra fundamental para el desarrollo de esta hipercomplejizada relación. En la segunda parte, indagamos y analizamos sobre los antecedentes de la participación para la promoción de la

equidad de género; así, analizamos brevemente el movimiento de mujeres y el movimiento feminista. En relación a estos actores, realizamos un análisis sobre sus cambios, continuidades y reivindicaciones desde la década del setenta a esta parte. En este apartado, también nos detenemos para analizar la relación de las mencionadas organizaciones con las instancias de gobierno.

En el capítulo III, nos ocupamos de describir y analizar el rol de las organizaciones sociales en el diseño, implementación y control de políticas públicas. Dedicaremos algunas páginas a dos organizaciones de la ciudad de Rosario: INGESNAR e INDESO, abocadas desde sus orígenes a trabajar en la defensa de los derechos humanos y, particularmente, a favor de la equidad de género. Asimismo, dedicaremos un apartado a la relación de estas OS con el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

En el capítulo IV, el análisis se centra en la generación de políticas que surgen o se implementan después del 2001. En esta etapa, decidimos focalizar nuestro análisis en las políticas de salud nacionales, eligiendo el Programa de Procreación Responsable y su implementación en el Municipio de Rosario, de la provincia de Santa Fe; y allí nos proponemos indagar cuál es la relación que se establece entre el gobierno y las organizaciones sociales.

En el capítulo V, nos dedicaremos a describir la situación del municipio de Rosario, las interacciones entre organizaciones sociales y el Gobierno municipal que se desarrollan en éste y la consecuencias de la metamorfosis de la representación y la participación a partir de la implementación de una nueva generación de gestión de los riesgos sociales, de las políticas públicas, y de las participativas.

Capítulo I. Representaciones teóricas

1.1. Acerca del concepto de democracia

Hoy los nuevos dilemas, contenedores de viejas tensiones, nos llevan a nuevas preguntas, con autores de todas las épocas.

Teniendo en cuenta los distintos conceptos y constructos teóricos que fueron siendo trabajados en esta investigación, los cuales ponen de manifiesto la complejidad del objeto a abordar, es que comenzaremos a referirnos a ellos de manera diferenciada. Dedicaremos las primeras páginas al surgimiento, desarrollo y reformulaciones de un concepto que nos invita a debatir. Trataremos de operacionalizar aquello que entendemos por democracia y dilucidar sus distintas variables. Comenzaremos por afirmar que el ámbito de la política no es un terreno neutral que pueda aislarse del pluralismo de valores y donde se puedan formular afirmaciones racionales y universales; la democracia es, por naturaleza, paradójica, y se halla en continua tensión entre dos lógicas, la democrática y la liberal. Asimismo, entendemos que los valores y afectos juegan un rol fundamental en la consecución de la lealtad a los valores democráticos (Mouffe, 2003).

Así es como plantear la idea de ciudadanía democrática implica tener en cuenta las relaciones sociales y de poder, culturales, y todas las prácticas que posibilitan la acción.

Como señala Mouffe, intentaremos buscar guiarnos en este trabajo por un modelo democrático capaz de aprehender la naturaleza de lo político, ya que, al ser el poder un elemento que constituye las propias identidades, antagonismo y poder están en un mismo centro (Mouffe, 2000).

Mientras que el Iluminismo concluyó que todos los hombres podían actuar racionalmente, algunos de los autores que analizarán la democracia de masas afirman que toda práctica cuyo objeto fuera movilizar al gran número deja de ser en sí misma lógico-racional. Comenzaremos por señalar que, a fines del siglo XIX, con la reglamentación del sufragio universal masculino, la combinación, en el orden político, de dos tradiciones sustancialmente diferentes, liberalismo y democracia, impacta en cada una de estas sometiéndolas a resignificaciones constantes.

La democracia puso a los hombres y a las instituciones en una situación de

indeterminación radical cuando el sufragio universal masculino comenzó a reconocerse en distintos Estados hacia 1870-1880; ello produjo la extensión de la ciudadanía, y surgió la democracia como principio legitimador. Sin embargo, esta ampliación de los derechos políticos no puede interpretarse como un cambio de carácter superestructural en la política.

Así, el principio de soberanía popular viene a encubrir las verdaderas asimetrías de poder; distintas reflexiones a principios del siglo XX pretenderán demostrar la falsedad de ese mito. La obediencia se debe a un acto volitivo y la democracia de masas pretende que se crea que los hombres recuperan el rol protagónico en la historia, pero en realidad son altamente pasivos. A partir de una crítica al concepto de voluntad popular, la idea que prevalecerá es pensar que la democracia vivida como gobierno de masas es una ficción; la minoría dirigente oculta su poder tras el velo de la democracia; es este grupo organizado el que deviene superior a la mayoría gobernada. En consecuencia, la fuerza de las minorías es mayor frente a cada individuo, porque se componen de cualidades que las distinguen de las mayorías; de esta manera los líderes son los conductores, los expertos, y la dirección de los asuntos públicos estaba reservada a ellos.

La Democracia parece una forma de régimen en el que todos participan por igual de los poderes soberanos, sin embargo, la clase dirigente, con elementos de la clase dirigida, se enquistó en el poder; la tan deseada ampliación de la ciudadanía pone en evidencia la debilidad sobre la que se construye la política moderna. La masa necesita una labor considerable para ser puesta en marcha, y lo único permanente en ella es la necesidad de rendir culto al líder solicitario de su gratitud.

En suma, la democracia de masas genera la crisis de la modernidad, porque lo político ya no supone una construcción racional de la verdad. Hasta el momento, el racionalismo entendía el mundo controlado por la razón, en el que todos los hombres se encontraban dentro de los marcos de una misma racionalidad, y el espacio público veía limitado el surgimiento de alternativas; la inclusión de los muchos provoca la crisis del Estado liberal, del parlamentarismo y del positivismo.

De esta manera, el espacio público, a partir del surgimiento del sufragio universal masculino, se complejiza; primero, por constituirse un nuevo sujeto político colectivo, y luego, por constituirse en el seno de la organización una nueva capa de dirigentes que se elevan por arriba del resto; aquí se suma una nueva contradicción, ya que esta

diferenciación cuestionará la idea de igualdad.

Respecto a cómo pensar la democracia, sin embargo, existen otras teorizaciones, como la de Joseph Schumpeter, quien afirma que no existe un interés público como motivación dominante del comportamiento racional de los actores, sino que los políticos implementan sus políticas con el fin de captar votos para llegar o mantener el poder. Este será uno de los principales teóricos en establecer la relación entre liberalismo y democracia que, claro está, constituyen dos tradiciones teóricas diferentes; a finales del siglo pasado, con la crisis del Estado keynesiano o del Estado de Bienestar, esta relación se ha puesto nuevamente en tela de juicio y se presta a la controversia teórica. Mientras la primera es moderna, la segunda es, más bien, antigua; haciendo uso de Sheldon Wolin, podemos señalar que nuestra época perdió contacto con el espíritu y enfoque inicial liberal; esta tradición nace en la etapa anterior a la Ilustración francesa (siglo XVIII), de la mano de los economistas clásicos e influenciada por la filosofía de Hume y Adam Smith. Tradicionalmente, se la caracteriza como optimista hasta la ingenuidad; arrogante en su convicción de que la razón humana debería representar la única autoridad para el conocimiento y la acción; hipnotizada por una perspectiva que ve en la historia una escalera mecánica en eterno movimiento ascendente hacia mayores progresos, y blasfema, por atribuir a la mente y la voluntad humanas el poder divino de remodelar totalmente al hombre y la sociedad (Wolin, 1993). Podemos establecer que los teóricos liberales ven el respeto a los derechos individuales y el principio de la neutralidad política como la norma para la legitimidad en las democracias constitucionales. La premisa central es que los individuos como tales tienen derechos morales que funcionan como limitaciones sobre el gobierno y sobre otros; estos derechos los poseen en virtud de que tienen alguna propiedad (autonomía moral, dignidad humana) que los constituye en portadores de derechos. Para esta perspectiva, los derechos constituyen el núcleo de una concepción de justicia que hace posible la pretensión de legitimidad de cualquier sistema de organización política; las decisiones legales son obligatorias en la medida en que respeten los derechos individuales. Resumiendo: el sueño eterno de esta tradición es la neutralidad política. Ciertamente es que durante el siglo XX, con el ingreso de las masas a la política de forma regular y sistemática, las relaciones entre ambas tradiciones han variado sustancialmente.

Schumpeter, a través de la elaboración del “*método democrático*”, establece cuatro

condiciones para que la democracia funcione: elevada calidad de los que ocupan cargos; dominio de la decisión política no demasiado dilatada; goce de una burocracia bien capacitada y de una reputación con espíritu de cuerpo, además de tener fuerte sentido del deber; y autodisciplina democrática, es decir, entiende que las políticas públicas son decisiones que se hacen efectivas, y pueden lograrse siempre que exista cierto tipo de método democrático (Schumpeter, 1996).

De esta manera y a partir de sus trabajos, la democracia debe ser entendida como régimen de gobierno. Los trabajos de este autor se encuentran entre los primeros que reflexionan acerca de la relación entre liberalismo y democracia, afirmando que se encuentran asociados; en este sentido, observa a la democracia como régimen político y ya no como forma de vida. De esta misma manera, Robert Dahl coincidirá en establecer que la democracia consiste en un método político, organizado en torno a un sistema institucional en el que los individuos adquieren el poder de decidir por medio de la lucha de competencia por el voto del pueblo.

Dahl establece una relación positiva entre capitalismo y democracia, sin embargo, esto no implica negar los conflictos sociales ni las desigualdades; se puede observar que en la reflexión de este autor el elemento político tiene siempre mayor peso y autonomía respecto de los elementos socioeconómicos (Dahl, 1998).

Para que el método político funcione debe estar dotado de sentido a partir de un principio de ideas; para que exista competencia por el caudillaje es necesario que existan libertades civiles (Schumpeter, 1996). Schumpeter, de esta manera, retomará la importancia del papel de las creencias en un contexto democrático; existe una voluntad fabricada que es elaborada por los líderes y partidos políticos e impuesta al electorado gracias a las técnicas de la propaganda comercial. Tanto para Schumpeter como para Robert Dahl, la democracia se define como un método para elegir a los líderes políticos, y sirve para organizar el gobierno. En términos generales, Dahl considera que la democracia constituye uno de los principales sistemas políticos que ha sobrevivido en contextos donde prima la economía de mercado capitalista (Dahl, 1998). Ciertamente se piensa que las consecuencias sociales y políticas de la economía de mercado favorecen el desarrollo de la democracia. En este sentido, la libertad individual, la búsqueda de beneficio personal que singularizan a la economía de mercado han mejorado las condiciones de vida, reduciendo la pobreza en el

largo plazo, lo cual hace suponer que habrá una cantidad menor de conflictos sociales y políticos.

Es cierto que la economía de mercado trae aparejado el incremento de la desigualdad, sin embargo, este término alude a una desigualdad en la distribución de recursos políticos; con esto, Dahl hace referencia a la información, organización, prestigio, riqueza, etc. Esa desigualdad representa un peligro para la democracia, cuyo núcleo funciona en torno a la igualdad política en la medida en que una mala distribución social de estos recursos redunde en que determinados ciudadanos obtengan una influencia significativa mayor que otros sobre decisiones y acciones del gobierno. El Estado no puede estar ausente en esta reflexión; al mismo se le asigna un papel secundario, puesto que el papel principal es cubierto por el mercado; en este sentido, la función del Estado consiste en crear un entorno propicio para el accionar del mercado.

Desde esta perspectiva, se piensa que la búsqueda de beneficio personal propio de este sistema ayuda a reducir la pobreza a largo plazo y disminuye los conflictos sociales que propician un mejor sistema democrático. El aspecto positivo es que la economía capitalista propicia el surgimiento de una capa intermedia que busca educación, autonomía, libertad personal y participación. De esta manera, la democracia ideal se puede describir de muchas maneras, siendo indispensable para evitar la constitución de un gobierno autoritario. Es el gobierno del pueblo que posee las siguientes características mínimas: participación efectiva —todos los miembros del *demos* tienen derecho a tener oportunidad de expresarse acerca de cómo debería ser la política—; igualdad en la votación —cuando llegue el momento en el cual finalmente se tomara la decisión, todos deben tener oportunidad de votar, y todos los votos deben ser contados por igual—; y adquisición de conocimiento iluminativo, dentro de un período de tiempo. De esta manera, para Dahl, las políticas públicas son decisiones, consecuencia de la concertación entre los distintos grupos de interés (Dahl, 1998).

En Occidente, el concepto de democracia representativa que se ha instalado fue el elaborado por Schumpeter; de esta conceptualización, cabe destacar, en primer término, que logra articular teóricamente las tradiciones del liberalismo y de la democracia, que anteriormente se encontraban en permanente conflicto. Efectivamente, desde la emergencia de la democracia de masas las cuestiones referidas a la igualdad primaban sobre las de la

libertad. Esto es revertido por Schumpeter, precisamente, debido a que logra colocar en un segundo plano, y de forma subordinada al liberalismo, los elementos autocráticos —principalmente, la relación de identificación que se establecía por parte de la masa hacia los líderes o las minorías en el gobierno— que suponía el desarrollo democrático en un contexto de masas, a fines de siglo XIX y comienzos del XX, a partir de la reglamentación del sufragio universal masculino, como ya hemos señalado (Iglesias, 2010).

Así, el concepto elaborado por Schumpeter sugiere que la democracia no puede entenderse ni como un tipo de sociedad ni como un tipo de legitimación; tiene que ser entendida como un régimen de gobierno. De acuerdo a esto, el autor señala que la democracia consiste en un método político organizado en torno a un sistema institucional en el que los individuos adquieren el poder de decidir por medio de una lucha de competencia por el voto del pueblo (Schumpeter, 1996).

Dahl sigue la misma línea que Schumpeter, pensando a la democracia como un régimen, como un sistema institucional, estableciendo que la economía de mercado trae consecuencias sociales y políticas, y favorece el desarrollo social.

A partir del desarrollo de la clase media y la disminución de la pobreza producidos por el liberalismo, se favorece al sistema democrático; se observa que se diversifica la sociedad, hay más participación y disminuye la probabilidad de instaurar regímenes autoritarios. Sin embargo, señala Dahl, la economía capitalista genera desigualdades políticas, debido al prestigio y el acceso a la información, que limitan la posición de unos en relación a otros (Dahl, 1998).

Las sociedades democráticas se diferencian en la forma en que se obtiene el poder, pero siempre que se respete la alternancia en el mismo y no haya violencia institucional; las elecciones son libres y periódicas, y la toma de decisiones implica la concertación de compromisos; el principal interés es, sin lugar a dudas, la estabilidad del gobierno. Este modelo desarrolla una explicación de las prácticas de los Estados considerados democráticos, donde el voto tiene como función elegir entre las distintas elites que aspiran al poder; se basa en una concepción de negociación, competencia, acceso y responsabilidad que deriva de la lógica mercantil. La sanción mediante los votos, más la competencia intra-élite, lograrán que las cosas sean justas. En síntesis, podríamos afirmar que el voto secreto sumado a los derechos civiles, a la alternancia en el poder y a elecciones periódicas

y competencia entre partidos son elementos esenciales para toda democracia moderna.

Mouffe y Laclau dedicaron parte de su obra a realizar no pocas críticas al modelo agregativo de democracia, sostenido por los ya mencionados Schumpeter y Dahl, un tipo ideal que reduce el proceso democrático a la expresión de intereses y preferencias manifestados a través de un voto que selecciona a quienes llevarán a cabo el proyecto elegido. Ellos notan en estos argumentos una visión empobrecida de la democracia que no reconoce la forma en la que se constituyen las identidades políticas, las cuales no están dadas sino que se generan y regeneran a partir de los debates en la esfera pública (Mouffe, 2003; Laclau, 2005). La política no es el mero registro de intereses, ella juega un importante rol en la constitución de los sujetos políticos; se debe tener en cuenta la pluralidad de voces que una sociedad democrática abarca. Este autor se detendrá en observar que existen problemas que no se encuentran vinculados a la distribución de los ingresos, sino que hay desigualdades nuevas que han generado nuevas protestas; o mejor, en palabras del autor, los nuevos problemas se desatan en torno a situaciones relativas a la gramática de la forma de vida (Habermas, 1989).

Siguiendo, en este sentido, a Chantal Mouffe, la cuestión de los procedimientos señala la necesidad de que exista previamente un número considerable de acuerdos en los juicios; los procedimientos sólo existen como conjuntos complejos de prácticas: éstas constituyen formas específicas de individualidad y de identidad, y hacen posible la confianza en los procedimientos; además, traen consigo otras implicancias que se traducen en compromisos éticos sustanciales; los procedimientos no pueden ser llevados a la práctica si no se encuentran sustentados (Mouffe, 1996). Esta autora, a lo largo de su obra, lanzará una crítica sostenida a los procedimentalistas; entre estos ubicará a los ya mencionados Dahl y Schumpeter, pero incluirá igualmente a Jürgen Habermas con su modelo de democracia deliberativa. Las afirmaciones de este último, sostendrá, anularán lo político entendido como antagonismo radical; la pretensión habermasiana es claramente imposible, no se pueden superar las relaciones conflictivas entre libertad e igualdad; la política democrática debe resignarse a ya no buscar esta conciliación.

Los autores clasificados como “procedimentalistas” vienen a plantear la necesidad de hacer que el matrimonio entre la democracia poliárquica y el capitalismo de mercado sea más beneficioso para alcanzar una mayor democratización; pero quizás estos argumentos

sean insuficientes en sociedades conflictivas y complejas como las nuestras, hecho que nos pone en la obligada posición de intervenir críticamente con los fines de llevar claridad a su necesario análisis. En este sentido, Mouffe establecerá que la relación entre liberalismo y democracia no es necesariamente positiva, sino una imbricación histórica contingente; en realidad, en las democracias modernas, la relación entre aquellos es incompatible y la tensión indisoluble, sólo observaremos estabilizaciones temporarias (Mouffe, 2003).

Sin embargo, Laclau y Mouffe establecerán algunas objeciones al modelo democrático deliberativo, sosteniendo que no es posible lograr construir un “nosotros” plenamente inclusivo, una esfera pública dominada, como señala Jürgen Habermas, por la mera argumentación racional; ello es simplemente irrealizable, no se puede concebir una política sin divisiones y conflictos. La política deliberativa es la propuesta teórica que Habermas presenta como forma de regular y dirimir los conflictos sociales en democracias que se desarrollan en contextos sociales complejos y plurales; el esquema teórico de este autor es presentado como superador respecto de las tradiciones liberal y republicana.

Habermas pretende una innovación teórica de envergadura que resignifique lo viejo, extrayéndole sus potencialidades analíticas y, a partir de lo cual, propone algo nuevo; el liberalismo piensa la democracia entendiendo que la sociedad funciona como un mercado y que el Estado se remite a la administración. Los derechos subjetivos son los que los individuos tienen frente al Estado y a los demás ciudadanos; en el caso de los derechos políticos, se considera que poseen una característica similar: le dan a los ciudadanos la posibilidad de hacer valer sus intereses privados, y mediante la agregación de otros intereses también privados, se llegaría a la formación de una voluntad política que influya sobre la administración pública. En lo que respecta a la forma de concebir el proceso político, se entiende que existe una lucha por posiciones, en la que participan actores colectivos cuyo fin es el de disponer de la capacidad del Estado; el éxito se encuentra limitado por la obtención de votos en las elecciones.

Ello, supuestamente, permitiría que la ciudadanía controle la actividad gubernamental, siendo aquella poseedora original de la autoridad estatal. En lo que respecta a la naturaleza del proceso político, se asume como importante que la formación de la opinión y la voluntad política en el espacio público y el parlamento no obedece a la lógica del mercado sino a las de la comunicación política orientada al entendimiento. Entonces, la

política asume la forma del diálogo, las relaciones sociales tienen un carácter simétrico y horizontal, y el fin de la política reside en la autodeterminación ciudadana.

Tanto el liberalismo como el republicanismo, sostiene Habermas, adolecen de algo en común: el Estado; éste aparece como el principal referente del accionar político y esto es inconcebible en las sociedades complejas y plurales; a su parecer, la política deliberativa concibe una imagen descentrada de la sociedad, por lo que no puede entenderse que el desarrollo de la sociedad se oriente hacia un punto cúlmine, sea éste el Estado o el mercado. Con el sistema político sucede algo similar, ya que es considerado un sistema de acción entre otros, no pudiendo constituirse en la cúspide ni el centro del orden social. En la formulación del concepto de “política deliberativa”, se produce un corrimiento del centro de gravedad de las relaciones entre los reguladores de la integración social y del conflicto, como lo son el dinero, el poder administrativo y la solidaridad.

De acuerdo a esto, la factibilidad de la política deliberativa en sociedades pluralistas se observa cuando, a partir de las diferentes formas de comunicación pública, se constituye una voluntad política fruto de acuerdos entre intereses y compromisos y de las fundamentaciones morales y de la comprobación de lo coherente jurídicamente (Habermas, 1999). Para que esto pueda suceder, es necesario que la fuerza integradora de la democracia salga de los espacios públicos autónomos y de procedimientos de formación democrática de la opinión y la voluntad política institucionalizados en el Estado de Derecho.

Los espacios públicos autónomos tienen su sede en lo que Habermas denomina “mundo de vida”, donde la ciudadanía obtiene los recursos para la deliberación; de esta manera, el diálogo sin coerción y el entendimiento intersubjetivo que se suceden en el conjunto de comunicaciones públicas constituyen elementos fundamentales de la propuesta habermasiana. Las reflexiones de Habermas, como las de John Rawls, intentan dar cuenta de un marco de problemas teóricos y políticos; las teorizaciones del segundo se inscriben en la tradición liberal, pero ambos compartirán una problemática, ya que coincidirán en la complejidad de la sociedad postmoderna. La pluralidad trae consigo la multiplicación de conflictos al interior de las sociedades, donde ya ni la religión ni la moral pueden integrar los sistemas sociales; así, estos dos autores trabajan en la búsqueda de un elemento que funcione como el nuevo generador de cohesión social. Como ya señalamos, para Habermas, su esquema democrático deliberativo es la solución a la problemática social que el autor

visibiliza; el recurso predominante es la solidaridad, la cual se constituye en el mecanismo idóneo que puede dotar de sentido propio al orden político.

Así, Rawls se presenta como un neocontractualista que actualiza su visión en un contexto de sociedades democráticas cuya principal característica es el pluralismo en cuanto a cosmovisiones del mundo; en el mismo sentido, ofrece un conjunto de procedimientos que ordenan la sociedad, poniendo énfasis en la autonomía que sustituiría la idea de propiedad privada añorada por los liberales. Por último, apela a conceptos relativos a la cultura, como “el uso público de la razón”, que es una temática asociada a la tradición republicana.

Rawls ha cosechado infinitas críticas respecto a sus teorizaciones; de algunas ha sido merecedor por autodenominarse como el primer liberal que plantea lo político; pero, si es necesario destacar su comprensión de las sociedades complejas, Chantal Mouffe, nuevamente, criticará la noción de liberalismo político y la forma en que se articula con la democracia. Para esta autora, más allá de las diferencias entre Rawls y Jürgen Habermas, estos dos autores pueden agruparse dentro de los teóricos del consenso racionalista (Mouffe, 2003).

La propuesta de Laclau y Mouffe es, como ellos mismos la denominan, la de una “democracia radical”, que debe darse cuenta de la multiplicidad y diversidad de las luchas políticas contemporáneas; ello es concebido como una etapa en la profundización de la revolución democrática y como la extensión de las luchas por la igualdad y la libertad.

De esta propuesta tomaremos algunos aspectos para nuestro análisis, siendo de importancia el concepto de “hegemonía”, que incluye la lógica de lo social, y esta lógica se presenta como suplementaria y contingente. Así, las nuevas luchas deben ser entendidas desde la transformación de las relaciones sociales y del desplazamiento del imaginario igualitario a nuevos ámbitos.

Esta mirada teórica apunta a demostrar las deficiencias de lo que con frecuencia se presenta como una visión prometedora, como es el caso del modelo democrático deliberativo propuesto por Habermas y sus seguidores. En la trama del esquema post-marxista, es central la noción de antagonismo, ello cierra toda posibilidad de construir un nosotros plenamente inclusivo; una esfera pública sin exclusiones y dominada por la argumentación racional es una imposibilidad.

De esta manera, la situación de las sociedades industriales avanzadas nos obliga a ir más allá de la clase social; el proyecto de una democracia radical y plural no es otra cosa que una lucha por una máxima autonomización de esferas sobre la base de la generalización de la lógica equivalencia igualitaria. Una vez rechazada la clase obrera como universal, es posible reconocer la pluralidad de los antagonismos.

Es en la extensión en el campo de las luchas democráticas donde reside la posibilidad de una estrategia hegemónica de la izquierda; el Estado no es un medio homogéneo separado de la sociedad civil, sino un conjunto dispar de ramas y funciones, sólo relativamente integrado por las prácticas hegemónicas que tienen a su interior.

Así, la universalidad se va contaminando, siendo netamente política, se vincula con la noción de antagonismo; por lo tanto, no se trata de relaciones objetivas: la sociedad se va constituyendo en torno a sus límites, que son antagónicos.

El fin del siglo XX nos ha dejado la desconfianza democrática, frente a esta situación, trataremos de reformular nuestra idea de democracia, hoy susceptible de ser redefinida. Ante la tentación autodestructora de esta forma de organización, existen miradas que pueden contribuir a solucionar algunas contradicciones inherentes a su constitución, invenciones que dejan pensar que otras configuraciones son posibles. En principio, la democracia representativa no alcanza; ella misma pierde su validez y legitimidad si no se complementa con la presencia inmediata de los representados en los ámbitos más propicios para ello, donde puedan ser escuchados a partir de la generación de oportunidades iguales para todos.

Observamos la imperiosa necesidad de construir un proyecto donde la democracia recupere el estatus sustantivo; la teoría política del siglo XXI clama por una reformulación respecto de aquellas teorizaciones de los años ochenta. Éstas se caracterizaron por explicar el modo en que las teorías de la transición democrática debían ser entendidas, priorizando los aspectos formales, métodos y reglas, frente a los sustantivos, las desigualdades sociales constitutivas de nuestras sociedades. El modelo democrático vigente es fruto de una manera de entender la agenda democrática donde la modernización, la racionalización y la eficacia prevalecieron históricamente por encima de casi cualquier otra cuestión social.

El argumento general sostenido por los ideólogos de la democracia transicional fue que, una vez consolidadas las reformas políticas y económicas, habría tiempo para

preocuparse por la igualdad; así, el lenguaje de la democratización fue cooptado por un proyecto de democracia neoliberal o liberalismos democráticos, y es en esos años ochenta cuando comienza a expandirse la apropiación neoliberal de la democracia.

Que la democracia se completa con la participación, y con la introducción de mecanismos participativos, es una realidad. Si bien en la transición democrática se puso el énfasis en “las reglas del juego”, la recuperación de la idea de participación institucionalizada pone en acto los mecanismos existentes y activa nuevos.

Así, en este nuevo momento de encuentro entre lo público no estatal y estatal se construye un nuevo terreno que conduce a la necesaria articulación de las demandas que enarbolan los distintos actores colectivos, un espacio que no está ajeno a la heterogeneidad y el conflicto, pero que propone y ensaya distintas maneras de concretar una “ gramática de la conducta” o las formas de guardar fidelidad a los principios constitutivos de la democracia moderna, igualdad y libertad para todos (Mouffe, 1992: 9).

En fin, en este conflicto de principios de siglo las inequidades entre varones y mujeres se profundizaron y visibilizaron; así, cuando hablamos género, lo hacemos pensando en una construcción social desigual basada en la existencia de jerarquías entre ambos sexos y las consiguientes relaciones de poder asimétricas que se generan a partir de la misma. Barbieri señala que los sistemas de género/sexo son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y, en general, al relacionamiento entre las personas; es decir, son las tramas que determinan las relaciones de los seres humanos en tanto personas sexuadas. Esta categoría nace como herramienta para abordar una problemática, y de esta manera, el concepto de género se sustancializa a partir de la intervención académica en el movimiento feminista. Como expresa Barbieri, se produce “la búsqueda del concepto de género como categoría que, en lo social, corresponde al sexo anatómico y fisiológico de las ciencias biológicas [...]. El género es el sexo socialmente construido”, lo que señala Rubin, definiéndolo como: “El conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1986, citado en Barbieri, 1993).

1.2. Nacimiento, desarrollo y metamorfosis: acerca del concepto de Sociedad Civil

El accionar en los Estados democráticos y la publicidad de masas nos permite descubrir a los “portadores” de la Sociedad Civil; ellos se plantean, en muchos casos, como un desafío al orden legal, y se hacen visibles en el espacio público a través de múltiples acciones, algunas al límite de la desobediencia civil, o la ilegalidad.

Descubrir quiénes son los portadores, los protagonistas de la denominada sociedad civil no es tarea sencilla. En los años noventa, se consolidaba en Argentina la crítica al actor estatal y el culto a la sociedad civil; en este contexto de democracias recientemente consolidadas y un eficiente liberalismo, podemos observar dos situaciones: por un lado, significa un avance en términos del principio de representación, refuerza ciertos reguladores sociales como la solidaridad, consolidando espacios públicos informales generadores de un nuevo tipo de poder, el comunicativo; pero también aparece una zona liberada para el favorecimiento de unos pocos, donde se confrontan intereses privados, penetrando el poder del Estado.

En general, desde la nueva ola democrática se comprendieron los dos polos del poder público, Estado y Sociedad Civil, como en contradicción; sin embargo, sostendremos que el puente que une estos dos actores no es una bisagra, sino un conjunto de relaciones de mutua determinación e influencia (Acuña, 2007: 215).

El concepto de Sociedad Civil que trabajamos en esta investigación es el que utilizan Jean Cohen y Andrew Arato; como expresan estos autores: la teoría democrática presupone una idea de sociedad, “la relación entre los modelos normativos de democracia o los proyectos de democratización y la estructura y dinámica de la sociedad civil no ha sido lo suficientemente clara, en parte porque no contamos actualmente con una teoría lo bastante compleja de la sociedad civil” (Cohen y Arato, 2000). Las transformaciones que abordaremos se verificaron particularmente en el plano económico social; por este motivo, nos abocamos al tema a partir de la proliferación de Organizaciones de la Sociedad Civil (PNUD, 2002: 440), y el protagonismo, delegativo y obligado, de este actor en la gestión pública.

Tenemos algunas reservas con respecto a la forma en que se ha tratado el estudio de este concepto; en primer lugar, se trata a dicho actor como unificado sin admitir su heterogeneidad; por otro lado, se aísla a la Sociedad Civil de la sociedad política, ignorando sus relaciones, con todas sus diferencias de orden estructural y organizativo (Dagnino, Olvera Rivera y Panfichi, 2006:13).

Sin embargo, el concepto de Sociedad Civil es utilizado, y reconceptualizado, desde el siglo XVII. En el ámbito de una teoría política tradicional y de los padres del contractualismo, se puede afirmar que la Sociedad Civil aparece contrapuesta a los Estados primitivos, garantizando a los individuos asociados una serie de bienes (paz, seguridad, propiedad, libertad) hasta entonces amenazados.

Sin embargo, la idea moderna de Sociedad Civil comienza a emerger de la mano invisible que proponían los economistas escoceses clásicos, quienes, en el contexto de formación de los Estados nacionales y de la consolidación de las relaciones capitalistas de producción, la concebían como el orden “natural” emergente de la división social del trabajo.

Sin embargo, fue Antonio Gramsci quien tomó en cuenta el componente extraeconómico de la Sociedad Civil; en primera instancia, este autor diferencia claramente, dentro del Estado, la Sociedad Civil de la sociedad política, se podría afirmar que el Estado es Sociedad Civil más sociedad política, hegemonía revestida de coerción. Dentro de la categoría de Sociedad Civil, Gramsci incluye la “multiplicidad de organismos vulgarmente considerados privados” (Iglesia, escuelas, órganos de prensa), que corresponden a la función de hegemonía cultural y política que, según este autor, el grupo dominante ejerce sobre toda la sociedad. También realiza una importante tipología entre sociedades occidentales y orientales, afirmando: “en Occidente, entre Estado y sociedad civil existía una justa relación y bajo de él se evidenciaba una robusta estructura de la sociedad civil, el Estado sólo era una trinchera avanzada, detrás de la cual existía una robusta cadena de fortalezas” (Gramsci, 1975: 165).

Tal vez el más original aporte de Gramsci con respecto a la Sociedad Civil lo constituye el valor estratégico en la lucha y en el combate político que le otorga.

Lo que se deja ver claramente en Gramsci es el reconocimiento que le asigna a la importancia de la Sociedad Civil, y, de alguna manera, se convierte en el más polémico

estratega de la misma. Lo destacable para este trabajo en cuanto al concepto gramsciano de Sociedad Civil es que, en primera instancia, la institucionalidad de la Sociedad Civil no es ajena, ni estructural ni funcionalmente, a la institucionalidad del Estado; son institucionalidades complementarias. Segundo, de acuerdo a lo observado por Gramsci, el campo de la Sociedad Civil coincide con el de la ideología y la cultura; en tercer lugar, medio siglo después del momento en que este autor escribe, el concepto de Sociedad Civil se encuentra revitalizado, despertando interés académico en todo el nuevo continente. Hoy existe todo un debate en torno a la idea de Sociedad Civil y su relación con respecto al tipo de Estado correspondiente. Este interés por la Sociedad Civil aparece no casualmente a partir de la supuesta crisis de los paradigmas interpretativos más usados en las ciencias sociales, el marxista y el funcionalista; y si bien el concepto puede ser extenso y utilizado en diversas formas, la perspectiva es que la Sociedad Civil no es la sociedad de mercado, ni la mera oposición al Estado, sino la construcción de instancias colectivas de representación, tanto sociales como políticas, de profundización de la ciudadanía, y también, de la generación de lazos comunitarios; no excluye, por lo tanto, el énfasis transformador de la sociedad y de las relaciones de poder en su conjunto.

Se trata, entonces, de asociaciones formadoras de opinión. A diferencia de los partidos políticos, que se han fusionado en alto grado con el Estado, tales asociaciones no pertenecen al sistema administrativo. Sin embargo, consiguen efectos políticos por medio del influjo de la publicidad, porque o bien toman parte directamente en la comunicación pública, o bien, como es el caso de los proyectos alternativos, contribuyen implícitamente a la discusión pública a través del ejemplo, a causa del carácter programático de sus actividades.

Existen algunas divergencias conceptuales a la hora de definir a los actores de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales (las ONG), Tercer sector, Organizaciones sociales (OS). En este sentido, si nos remontamos al origen de la expresión ONG, ésta aparece por primera vez hacia fines de la década de los años cuarenta, en documentos de las Naciones Unidas, y refiere a un universo amplio de instituciones cuyos únicos rasgos eran, según el criterio originalmente empleado por este organismo, su no pertenencia a ámbitos gubernamentales y su carácter internacional. Sin embargo, con esta sigla, se denomina hoy a un espectro muy grande de instituciones: entidades asistenciales,

asociaciones culturales, deportivas e incluso empresas, “el problema de esta conceptualización reside en la misma forma en la que se ha definido el concepto, por negación (no gubernamental), antes que como afirmación de su quehacer en positivo” (Valderrama León y Coscio, 1998).

Por este motivo, distintos autores incluyen a las ONG dentro del conjunto de las OSC (Organizaciones de la Sociedad Civil), consensuándose que estas entidades debían coincidir con la siguiente descripción estructurada por Jorge Balbis:

- ⌚ Institucionalizadas, en términos de su propia estructura organizacional.
- ⌚ Independientes de toda formulación jurídica particular.
- ⌚ Son privadas, en el sentido de construir una estructura separada del Estado y de la administración pública.

- ⌚ Sin fines de lucro, es decir que no distribuyen excedentes entre sus miembros. Se pueden acumular beneficios como productos de distintas operaciones, pero deben ser reinvertidos y destinados al cumplimiento de la misión específica y no distribuidos entre sus miembros.

- ⌚ Autogobernadas, o sea que disponen de sus propios órganos de gobierno y mantienen la autonomía y el control de sus propias acciones.

- ⌚ No religiosas, como Iglesias o congregaciones dedicadas a la práctica y difusión de un credo, aunque no se excluyen las organizaciones vinculadas o promovidas por Iglesias.

- ⌚ No partidarias, en el sentido de no estar destinadas a imponer una idea política, a sus candidatos o a alcanzar el poder del Estado, aunque no se excluyen organizaciones promovidas por partidos políticos.

- ⌚ Voluntarias o que involucran de manera significativa la participación voluntaria (Balbis, 2001).

El rico universo de las OSC es amplio y heterogéneo, así se pueden clasificar atendiendo a los beneficiarios de sus acciones:

- ⌚ Organizaciones de membresía, cuyos beneficiarios son los asociados.
- ⌚ Organizaciones cuyos beneficiarios son otras personas distintas de los miembros o fundadores de la organización.

También cabe clasificarlas por el origen de los recursos:

⌚ Organizaciones que tienen una base de recursos propios provenientes del flujo permanente de fondos genuinos como cuotas societales.

⌚ Asignaciones presupuestarias o legados y/o venta de servicios.

⌚ Organizaciones que obtienen sus recursos de otras fuentes, a través de actividades de levantamientos de fondos, subsidios, donaciones, convenios y aportes de trabajo voluntario (PNUD y BID, 2000: 29).

La sumatoria de los anteriores atributos da lugar a construir una tipología:

⌚ Asociaciones de afinidad: dirigen sus acciones a la defensa de sus asociados; los mismos comparten los atributos que las definen; la forma de obtener recursos es por medio de cuotas de sus miembros. Pertenecen a ésta categoría mutuales, gremios, sindicatos, colegios de profesionales y asociaciones patronales.

⌚ Organizaciones de base territorial y comunitaria: se constituyen con el propósito de dar respuesta a las necesidades de los pobladores de un ámbito territorial determinado. Asociaciones vecinales, sociedades de fomento, clubes barriales, bibliotecas populares, cooperadoras escolares integran esta categoría; los recursos son de aportes de terceros; sus actividades se inclinan a satisfacer los intereses de la comunidad y a generar vínculos comunitarios (PNUD y BID, 2000: 30); la trama asociativa con la que cuentan estos actores es muy rica y sumamente dinámica.

Más allá de esta definición las organizaciones de base comunitaria, en su gran mayoría, están constituidas por sus propios beneficiarios; la ubicación geográfica de éstas coincide con los territorios donde se ubican los estratos medios-bajos y bajos de la sociedad, donde existen mayores problemáticas socioeconómicas, y en estas asociaciones es mayoritaria la presencia de mujeres adultas. En cuanto a las actividades, la principal está vinculada con la atención alimentaria y escolar, seguida de la producción de bienes para el consumo (costureras, huertas, panificación).

Por la informalidad en la que surgen éstas, es frecuente que el funcionamiento se lleve a cabo en la casa de una de sus integrantes. Este tipo de organizaciones, se podría afirmar que funcionan como el instrumento mediante el cual los sectores más vulnerables

buscan resolver sus problemas básicos, siendo, por lo general, las mujeres el motor de éstas acciones y llevándolas adelante con recursos escasos.

⌚ Fundaciones empresarias: son instituciones creadas y financiadas por una empresa con el propósito de realizar donaciones y desempeñar actividades filantrópicas, legalmente separadas de la empresa que les da origen.

⌚ Organizaciones de apoyo: creadas por un grupo de personas con el objetivo de ayudar a otros; son entidades de prestación de servicios sociales, organizaciones de defensa de derechos y centros académicos.

Otro concepto que suele generar “conflictos” es el de “tercer sector”, y es casi de imposible definición; muchos agrupan bajo esta denominación a organizaciones tan dispares como los centros vecinales y las universidades privadas, y comprende todas las instituciones que no se encuentran dentro del ámbito del Estado ni son parte del mercado (o sea, que no tienen fines de lucro). Para que una organización se inserte en el tercer sector debe ser: de naturaleza privada, falta de ánimo de lucro y orientación social; asimismo, como característica general, se puede reconocer la situación de afrontar la cuestión social en ausencia del Estado.

La idea de tercer sector nos da una imagen de armonía entre los sectores mercado, Estado y Sociedad Civil, sin embargo, la realidad es mucho más compleja, ya que, con el tiempo, el mercado se fue incorporando a este sector, mediante las fundaciones. Para algunos actores que adhieren a este concepto, posee más importancia la cuestión de la solidaridad; para otros, la idea de crear una conciencia política.

“De esta manera deberíamos acordar que el tercer sector está conformado por organizaciones y asociaciones de gestión privada, que de acuerdo a las demandas sociales, otorgan determinados servicios” (Zampani, 2003).

Así observamos que los tres conceptos desarrollados hasta el momento son utilizados en forma simultánea, aunque cada uno tiene su propio alcance explicativo y sus limitaciones. Hace poco más de un año, el Instituto Gino Germani elaboró una tipología para ser utilizada por el Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad (en adelante, CENOC). La misma fue formulada para ser aplicada al universo inscripto en dicha institución pública, respondiendo a las condiciones particulares de registro de las

organizaciones sociales (incorporación voluntaria y cuestionario auto suministrado) y a las características del relevamiento de datos.

La razón por la que hemos seleccionado esta tipología para caracterizar a los actores de la Sociedad Civil que componen nuestra unidad de análisis está dada por la forma en que se elaboran los criterios para la construcción de esta tipología de organizaciones; considerando cuatro dimensiones y la información sobre organizaciones con las que se cuenta actualmente en el registro del CENOC, las dimensiones son:

⌚ El estado (cambiante) del campo teórico en ciencias sociales; en especial, de la sociología, las ciencias políticas, la economía.

⌚ El análisis crítico de las conceptualizaciones existentes (en el sentido de vincularlas con los objetivos propuestos para su formulación).

⌚ La evolución histórica de las organizaciones sociales y de las tendencias de las políticas públicas (estas últimas enmarcan la labor del CENOC como organismo oficial).

En especial el último punto adquiere particular relevancia, ya que permite detectar las tendencias de base en la construcción de organizaciones en el presente y su proyección hacia el futuro próximo, dado que esto facilitará orientar la labor del CENOC. Los objetivos principales a los cuales pretende responder la tipología son: contribuir a la autoimagen de las organizaciones, facilitar la relación entre las organizaciones y la construcción de redes, favorecer una mayor visibilidad del conjunto de estas organizaciones, que se constituya en un recurso para la aplicación de los distintos programas sociales públicos y aquellos instrumentados por organizaciones sociales (en adelante, OS).

Dadas las dificultades de sintetizar en una sola clasificación estas demandas diferentes, se procedió a elaborar tres clasificaciones que recogen puntualmente cada una de ellas: la primera es una clasificación teórica/empírica (Primera Articulación); la segunda está destinada a servir de puente entre el CENOC y las OS (Segunda Articulación), y con la última se busca reafirmar la identidad social de las organizaciones (Tercera Articulación).

La Primera Articulación: es una clasificación teórica/empírica que constituye una tipología de organizaciones que se propone para uso interno del CENOC; es decir que no está destinada a su difusión pública, sino que se considera relevante para el desarrollo de

sus actividades; en dicha tipología se atiende, especialmente, al grado de institucionalidad de las organizaciones, su constitución social o articulada con servicios estatales, su filiación y su ámbito de actuación (exclusivamente local o ampliado).

La Segunda Articulación: esta clasificación está destinada a servir de “puente” entre el CENOC y las organizaciones sociales, lo cual exige el reconocimiento recíproco entre éstas y el Estado. Es una clasificación que responde a los fines de las organizaciones y las actividades que realizan. Al mismo tiempo, se espera que ayude a las OS a definir sus roles principales.

La Tercera Articulación: esta clasificación está destinada a preservar la configuración de origen de las organizaciones, y por lo tanto, su “identidad”. Por eso, en este nivel, se buscó resguardar la identidad jurídica y social de las organizaciones cuando ésta existe y está claramente delimitada, y se procedió a reclasificar sólo aquellas en las que la personería jurídica no delimitaba claramente su identidad por las diferentes finalidades que cumplen (en los casos de las asociaciones civiles, fundaciones, mutuales, etc.), o que habían sido agrupadas en categorías sociales difusas en cuanto a sus objetivos (grupo comunitario).

Entre las principales metas de la construcción de tipos ideales está la de habilitar la búsqueda de aquellos aspectos idénticos, generales y recurrentes de los fenómenos sociales. En este sentido, la eliminación de algunos elementos de los datos es legítima si reconocemos que la ciencia no representa la totalidad del conocimiento y de la realidad, sino aquella parte que se ocupa de las uniformidades o regularidades, expresadas en términos de probabilidad bajo la forma de enunciados predictivos.

El tipo construido es definido como una selección, abstracción, combinación y (a veces) acentuación planeada e intencional de un conjunto de criterios con referentes empíricos que sirve de base para la comparación de casos empíricos; una de las características más relevantes del tipo y su construcción en tanto herramienta para acercarse a la realidad empírica es la siguiente: el tipo construido es un medio para reducir las diversidades y las complejidades de los fenómenos a un nivel general y coherente.

En la Primera Articulación, se consideraron los siguientes criterios de clasificación:

a) Formas de integración de las organizaciones. En primer lugar, se tuvo en cuenta la forma de integración de las organizaciones, íntimamente vinculada con su origen, según

se relacione más directamente con la dinámica de grupos sociales, o bien se articule con la prestación de algún servicio estatal en diversos campos. Este criterio enfatiza el carácter más o menos autónomo de las organizaciones para definir sus objetivos y acciones.

En este ámbito, se distinguen dos tipos de organizaciones, según se articulen o no con la prestación de servicios que proporciona el Estado; una sociedad de bomberos voluntarios, por ejemplo, es una organización estrechamente articulada con el servicio público de prevención de incendios, de la misma manera que una cooperadora escolar se articula en su funcionamiento con el sistema educativo. Es decir, estas organizaciones articulan su acción con el servicio público estatal a partir del cual se originan. En cambio, una sociedad de fomento, o un club, son organizaciones creadas voluntariamente por vecinos de un barrio, cuya existencia no se origina en la existencia de un servicio público previo (más bien al contrario, es posible que su origen se vincule precisamente con la inexistencia de dicho servicio). La necesidad de distinguir las organizaciones según su forma de integración es relevante para el CENOC en la medida en que ello posibilita la selección y asignación de prioridades de política pública. En este sentido, la diferencia de las formas de integración de las organizaciones permite precisar de antemano cuáles de ellas requieren la mediación con un servicio público determinado —sistema de prevención de siniestros o sistema educativo, en los ejemplos consignados más arriba—, y cuáles no requieren esa mediación, a saber, las organizaciones que presentan una forma de integración “social”.

b) Institucionalización. La institucionalización de las organizaciones sociales constituye un proceso que las articula con las regulaciones estatales, tanto en términos de su campo de actuación como de su estructura interna. En este sentido, la institucionalización de las organizaciones tiene consecuencias prácticas indudables, ya que la obtención de un estatus jurídico como sujetos de derecho les debería permitir la ampliación de sus actividades y garantizar su autonomía, así como debería facilitarles el acceso a recursos, sea a través de su distribución por el Estado, o por la transferencia de donantes, o la generación de recursos propios.

Desde la perspectiva del CENOC, la institucionalización de las organizaciones facilita la transferencia de recursos materiales o de gestión promovida por las políticas públicas y/o su planificación, ya que posibilita la selección de mecanismos de asignación a

organizaciones institucionalizadas, o bien mediadas por otras instituciones en relación con las organizaciones no constituidas como sujeto jurídico. En el caso de las organizaciones no institucionalizadas, en líneas generales, dependen de otras para acceder a recursos, lo cual supone una restricción de su autonomía. Finalmente, el registro del CENOC permite identificar el grado y tipo de institucionalización de cada una de las organizaciones sociales y, al mismo tiempo, generar su clasificación en términos de “institucionalizadas/ no institucionalizadas”.

c) Filiación de las organizaciones. Este aspecto define su autonomía o articulación con otras organizaciones, lo que permite distinguir entre organizaciones “no filiadas” y aquellas que se originan o se incluyen en una organización más amplia, sea ésta religiosa, política, estatal, etc. En este sentido, las organizaciones “filiadas”, presumiblemente, tendrán acceso a los recursos materiales y simbólicos provenientes del colectivo mayor al que se integran, al mismo tiempo que, presumiblemente, una menor autonomía en la definición de sus fines y objetivos, dependientes de las condiciones de su integración en dicho colectivo. En general, estas organizaciones proveen a sus filiales locales de un marco y fines determinados de actuación, así como criterios para la incorporación de miembros. Es más difícil, en cambio, identificar las filiaciones políticas de las organizaciones. Por otro lado, en algunos casos, la propia personería jurídica genera la integración de las organizaciones en colectivos más amplios. Cabría interrogarse al respecto sobre en qué medida la promoción actual de la “articulación en red” de las organizaciones sociales es, al mismo tiempo, una herramienta de producción de nuevas “filiaciones” organizativas y, en este sentido, de redefinición de la identidad de las organizaciones.

d) El alcance de las organizaciones. A la línea con toda la importancia adquirida por las organizaciones locales, su emergencia no se circunscribe a iniciativas locales o únicamente locales, sino que numerosas organizaciones que actúan en el plano internacional o nacional también constituyen los espacios locales como ámbitos para su intervención. De este modo, coexisten en territorios determinados organizaciones que actúan sólo localmente y otras cuyo ámbito de actuación trasciende el territorio. La acción extraterritorial de las organizaciones supone, al mismo tiempo, el acceso a recursos originados fuera del ámbito local y, en este sentido, una capacidad de acción que trasciende las iniciativas exclusivamente locales. La definición de la variable que distingue ambos

tipos de organización fue sintetizada como “local”/“no local”.

La Segunda Articulación tiene como objetivos principales dar cuenta de las finalidades principales de las OS, conocer las modalidades de relación que adoptan los que participan en ellas y el tipo de relaciones que establecen con los beneficiarios de sus acciones (personas, grupos u organizaciones). La misma fue confrontada con el listado de organizaciones existentes en la Base de Datos para comprobar su alcance y exhaustividad. Dado que este test fue sumamente positivo, ya que permitió clasificar a todas las organizaciones sobre las que se contaba con suficiente información, procedimos a su definición a partir de elaborar las dimensiones latentes de sus fines. Teniendo en cuenta lo expuesto, se clasificaron a las organizaciones en cuatro tipos diferentes: Promoción Humana, Promoción Social, Promoción del Desarrollo, y Promoción de Derechos.

Las Organizaciones de Promoción Humana están destinadas a la asistencia directa de personas y/o familias que sufren carencias básicas, y a promover sus capacidades individuales para acceder a recursos necesarios para su supervivencia y bienestar. La relación entre las organizaciones y las personas que asisten configura el esquema clásico que diferencia entre donante/receptor cuando se brinda ayuda material o servicios, propio de la relación filantrópica y el culto.

Las Organizaciones de Promoción Social están conformadas por miembros que pertenecen al territorio donde funciona la institución, estos últimos pueden estar destinados a un entorno social más amplio; desarrollan la organización colectiva y la cohesión social.

Las Organizaciones de Promoción del Desarrollo tienen la finalidad de desarrollar capacidades y conocimientos que se transfieren a organizaciones sociales y/o a los miembros de estas comunidades; ellas favorecen, también, el fortalecimiento grupal o institucional de las entidades sociales.

Las Organizaciones de Promoción de Derechos tienen como finalidad primordial la defensa y extensión de derechos y valores universales o de categorías sociales particulares. En este plano general, aunque pueden existir organizaciones que asumen todos o varios de estos fines, entendemos que alguno de ellos prevalecen en la configuración de la identidad de las organizaciones y, a partir de allí, las clasificamos; es decir que puede identificarse con relativa claridad la finalidad principal de las organizaciones.

En primer lugar, se trata de distinguir entre organizaciones de promoción humana y

promoción social; la diferencia principal es que, mientras las primeras están orientadas a la asistencia individual o familiar, las segundas están conformadas por los propios miembros de la comunidad que se autoorganizan para la realización de sus actividades. En éstas últimas no se observa el esquema de la relación filantrópica donante externo/receptor típico de las primeras.

En segundo lugar, se trata de diferenciar las organizaciones de promoción social y de promoción del desarrollo; estas últimas se configuran en términos del esquema de las organizaciones de apoyo que transfieren conocimientos y capacidades técnicas hacia los miembros de las comunidades u organizaciones de base. Las organizaciones de promoción social, en cambio, potencian la acción colectiva de sus propios miembros y de la comunidad de pertenencia, y, si existe transferencia, ésta es interna a la propia organización o comunidad. Las organizaciones de promoción de derechos, a diferencia de las anteriores, se orientan principalmente a la reivindicación y difusión de valores e identidades más allá de las prácticas encaradas para la satisfacción de necesidades concretas.

Además, en las organizaciones de promoción social, de promoción del desarrollo y de promoción de derechos pueden observarse algunas diferencias internas; según el alcance de estas diferencias, pueden plantearse otros tipos o subtipos de organización. En las organizaciones de promoción social pueden establecerse diferencias según el tipo de servicios o de actividades que brindan: producción de bienes, prestación de servicios comunitarios, promoción de capacidades y habilidades especiales, etc. Esto permite diferenciar entre sociedades de fomento y uniones vecinales, por un lado, y cooperativas por otro. En las organizaciones de promoción de derechos, puede distinguirse entre las que promueven diversos tipos de actividades culturales y educativas o de capacitación, y aquellas orientadas a la investigación cuyo producto es, por lo general, intangible.

En las organizaciones de promoción de derechos puede distinguirse si se trata de derechos universales, igualdad de género, preservación del medio ambiente, o de derechos que orientan prácticas de “discriminación positiva” de categorías sociales particulares, reivindicaciones étnicas, de personas con capacidades especiales, o de grupos afectados (por ejemplo, excombatientes).

En tercer lugar, es conveniente diferenciar entre derechos e intereses, ya que englobamos aquí las típicas organizaciones de interés, como sindicatos y asociaciones

empresarias. Siguiendo esta lógica de análisis es que hemos caracterizado a las OS que analizaremos dentro del grupo de las denominadas de Promoción de Derechos, aunque consideramos que muchas también poseen características que responden a las OS de promoción del desarrollo.

En cuanto a la Tercera Articulación, el objetivo de ésta es definir a las OS según los fines que prevalecen en relación a sus acciones; de esta manera, el propósito de la propuesta de una clasificación de las OS es que permita una identificación de sí mismas, que puedan ser reconocidas por otras organizaciones, y a su vez, que sirva como insumo para las políticas sociales. En el caso de las Asociaciones Civiles y las Fundaciones, al analizarlas en el conjunto de sus características a partir de la información vertida en el formulario del CENOC, se observó que el tipo jurídico no daba cuenta de la diversidad de temáticas y formas de acción de las organizaciones.

El despliegue del “ser social” de las entidades analizadas permitió encontrar diferentes dimensiones que las caracterizan, tales como acciones de apoyo y asistencia técnica, de filantropía, de defensa de derechos, de estudio e investigación, cultural, de salud, de formación educativa, de colectividades, de profesionales, hogares de población en riesgo, de prestaciones de servicios en general. En el caso de los Grupos Comunitarios, la complejidad de este tipo reside en que todas aquellas organizaciones que no tenían personería jurídica eran clasificadas en esta categoría. Esto implicaba un redimensionamiento de este tipo, en el cual, por un lado, se volcaban organizaciones que no revestían dicho carácter y, por otro lado, se incorporaba una gran diversidad en cuanto al accionar y a las temáticas abordadas; como resultado, Grupos Comunitarios comprendía una heterogeneidad de Asociaciones Civiles y Fundaciones con muy poco en común.

En el caso de las Cooperativas, en su mayoría fueron identificadas como agrupaciones productivas/de servicios; las Mutuales fueron reclasificadas como organizaciones de salud o prestadoras de servicios en general. Mientras que los Sindicatos fueron considerados como organizaciones de defensa del sector que representan; en este nivel, se buscó mantener la identidad jurídica cuando está claramente delimitada, y se procedió a reclasificar sólo a aquellas en las que la personería jurídica o social no daba cuenta claramente de la identidad.

También se consolidaron las organizaciones de *advocacy* que trabajan en las

demandas hacia las oficinas de gobierno en cuanto a derechos individuales o de grupos, o bien por ejercer mecanismos de control sobre los funcionarios gubernamentales. Estas llevan a cabo la *accountability* social, concepto elaborado por Peruzzotti y Smulovitz derivado de la conceptualización realizada por Guillermo O'Donnell; así, el ejercicio de la *accountability*, en América Latina se apoya en tres tipos de estrategias: la jurídica, la movilización y la mediática. El concepto de *accountability* se refiere a la capacidad para asegurar que los funcionarios públicos rindan por sus conductas, entendiendo por éstas tanto la obligación de informar y justificar sus decisiones de gobierno como la posibilidad de ser eventualmente sancionados por ellas. La noción de *accountability* encierra una dimensión legal y una política; la legal hace referencia a aquellos mecanismos institucionales diseñados para asegurar que las acciones de los funcionarios públicos estén enmarcadas legal y constitucionalmente. El concepto político se refiere a la capacidad del electorado para hacer que las políticas gubernamentales se adecuen a sus preferencias.

La *accountability* es vertical y horizontal en las democracias representativas de los países con economías desarrolladas, mientras que en las delegativas, el concepto elaborado por Guillermo O'Donnell para describir a las democracias débiles o de baja intensidad, se limita sólo a la primera, o la horizontal es muy esporádica. Así, debemos pensarlo como un mecanismo de rendición de cuentas. En este sentido, establecimos que el concepto de *accountability* hace referencia a la receptividad y responsabilidad que deben tener los agentes públicos, pero es necesario, también, agregar que el trabajo de O'Donnell es relevante particularmente en las democracias latinoamericanas. El tipo de *accountability* horizontal comprende distintos tipos de interacciones estatales que son emprendidas por una institución estatal con el propósito explícito de prevenir, cancelar, reparar y/o castigar acciones o inacciones de otro agente estatal que se presuman ilegales o corruptas. Debemos aclarar y diferenciar las instituciones de *accountability* horizontal de balance y asignadas, entendiendo que el CoNDeRS es del tipo de las segundas; las instituciones de balance son el Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial y actúan de manera reactiva; ellas suelen crear conflictos que son altamente visibles y costosos entre las supremas instituciones estatales. Las instituciones de balance son un instrumento de control demasiado tosco para la creciente complejidad de las agencias estatales y sus políticas. Las asignadas son las encargadas de supervisar, prevenir, disuadir, promover la sanción y/o sancionar acciones u

omisiones presuntamente ilegales de otras instituciones estatales, nacionales o subnacionales. Estas agencias no fueron creadas intentando, como las anteriores, balances generales de poder, sino confrontar riesgos más específicos de trasgresión y/o de corrupción. En principio, las agencias asignadas tienen varias ventajas respecto de las de balance, una es que pueden ser proactivas y continuas en su actividad, y pueden ser eficaces en prevenir o disuadir acciones ilegales de las instituciones estatales que supervisan. Otra ventaja es que para sus acciones las agencias asignadas pueden invocar criterios profesionales antes que partidarios o políticos. Así, en el caso de la institución aquí tratada, el consejo funciona como asignada, tienen una actividad proactiva en el sentido de generar temas y debates en el marco de las reuniones que se realizan; la continuidad no siempre tiene que ver con sus decisiones, sino que son convocadas por los agentes gubernamentales que supervisan la información que generan; en el mismo sentido, la *accountability* horizontal es una importante generadora de información que se torna disponible públicamente.

1.3. (Re) Pensando el concepto de representación

Las políticas impulsadas por el gobierno nacional, iniciadas en los años noventa y fortalecidas a partir del 2002, conllevaron un reforzamiento de la matriz asistencial del modelo neoliberal, produciendo un punto de inflexión dentro del mundo organizacional de los sectores populares urbanos, pues venían a reafirmar la inclusión de los excluidos. Las políticas que nacen en este contexto, lejos de tener una visión integradora, se articularon entre sí a partir de las organizaciones que en el territorio se dedicaban a la gestión de las necesidades básicas insatisfechas.

En consecuencia, a mediados de los años noventa, se multiplicaron nuevos sujetos, y formas de hacer política —más horizontales y dialógicas—; estos sujetos y formas de hacer tensionan el modelo clásico de lo político como sistema de dominación, esbozando alternativas que tienen más que ver con la idea de poder como “potencia construida colectivamente entre iguales”.

Esta nueva fachada que fue adquiriendo el espacio público trajo “nuevas” modalidades organizativas, multiplicándose las formas de representar y ser representados;

fue decreciendo la importancia de las elecciones, mientras que las dinámicas representativas se complejizaban, ya que también la sociedad lo ha hecho. Estamos ante el incremento de instancias de mediación, y entendemos que es inapropiado utilizar el constructo “crisis de representación” como descriptor de las modificaciones que sufre el sistema representativo argentino en la última década. Lo que surge son organizaciones y acciones colectivas en busca de la providencia perdida, que modifican las relaciones representantes-representados, metamorfoseando nuestro sistema representativo.

Es así como los profundos cambios estructurales que vivió nuestro país en las últimas décadas impactaron de manera notoria en las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil; de esta manera, las transformaciones se verificaron particularmente en el plano económico-social, deteriorando la relación entre la sociedad y sus representantes (De Piero, 2005: 229). Así fue decreciendo la importancia de las elecciones, y se complejizaron las dinámicas representativas; es así como fueron proliferando las instancias de mediación.

De lo señalado podemos deducir, como ya adelantamos, que la denominada “crisis de representación”, constructo hiperutilizado por la politología en la última década, no es el más acorde para describir la situación del sistema representativo argentino; debemos referirnos en términos de una crisis de representatividad, siguiendo a Rinesi; en este sentido, este autor postula una cierta pérdida de legitimidad del lazo de representación (Rinesi, 2007).

En realidad, hoy nos encontramos ante una relación vertical y distante entre representantes y representados, no corregida por alguna forma de participación popular, y sin la intervención efectiva de la ciudadanía en los asuntos que la conciernen; por eso conviene hablar, en todo caso, de “crisis de representatividad”. Es la creencia en la justicia o en la ventaja de que nuestros representantes estén lejos de nosotros; se ha roto la confianza de que ellos puedan llevar a cabo nuestras expectativas y, por lo tanto, de que puedan ser buenos representantes.

En este sentido, algunos escritos hablarán de “metamorfosis de la representación”, siendo Manin (1993) el precursor en la elaboración de esta afirmación teórica, seguido, entre otros, por la argentina Pousadela. Esta autora trabaja el concepto de representación desde la perspectiva del francés, señalando que el problema es la extraña sociedad que se pretendió establecer entre democracia y representación; y como bien sabemos, no

necesariamente un sistema representativo va a ser democrático. El segundo problema que señala la autora es el incremento de la autonomía de los representantes con respecto a los representados, y la incapacidad de estos últimos para controlar a los primeros (Pousadela, 2006: 45).

Las ideas de crisis y de metamorfosis implican cambios, pero estas situaciones tienen lugar en diferentes formas; la crisis implica ruptura, la metamorfosis es un proceso que se da en forma gradual y previsible. En la Argentina, las mutaciones que se fueron dando en el sistema representativo fueron cíclicas, formando parte de un desarrollo; así fue creciendo la importancia de los medios de comunicación y las encuestas por sobre el debate de las ideas, y entraron en decadencia las antiguas identidades y culturas partidarias; en cierto sentido, pareciera que nuestro sistema representativo se devalúa por las contradicciones internas que van surgiendo.

El escenario nacional hizo frente a la coyuntura de manera diversificada, pero, a grandes rasgos, podemos afirmar que la centralidad de los partidos como agentes de representación ha sido reducida. Diversos grupos de interés han asumido funciones representativas que fueron previamente monopolizadas por los partidos, mientras éstos han retrocedido en su rol de organizadores de la sociedad civil y, claro está, de mediadores. Esto se debe a la proliferación de los medios de comunicación; hoy las campañas se han profesionalizado, los partidos se fueron alejando de las bases sociales, restringiendo sus funciones a lo electoral exclusivamente. Surge la necesidad de preguntarnos por qué el sistema representativo se resquebraja; la respuesta la encontramos en el momento en que colapsó el Estado. Fue alrededor de los años noventa que perdió su sustento legitimador, alejando al ciudadano de las instituciones democráticas y del hacer política como vocación; los conocidos vicios paternalistas de los sistemas democráticos latinoamericanos aún siguen siendo alimentados, pero ahora en forma semi-privatizada.

En la controversia mandato-independencia, el representante está obligado tanto para con los deseos de sus electores como para con la política. Tal y como se la entiende desde la teoría del mandato, no es auténtico el representante si no hace lo que sus electores quieren; la representación de intereses —esta es la representación política— posee una realidad objetiva, impersonal, desvinculada. En el contexto de la representación política, el representante actúa en interés de los representados; de una manera sensible ante ellos, el

representante debe actuar independientemente, su acción implica discreción y discernimiento, debe ser quien actúa; por su parte, el representado debe ser capaz de acción y de juicio, y no comportarse como si necesitara ser cuidado.

La idea de política es la de negociación y compromiso, en la que existen compromisos no resueltos y en conflicto, y una deliberación común sobre políticas públicas, en donde los hechos y los argumentos racionales son relevantes. El representante de las democracias modernas tiene una dualidad, perseguir el interés nacional y el local; así, el elector y sus votos dependen de un hábito, de un sentimiento y la disposición, antes que de una consideración informada.

Por su parte, Bernard Manin analizará tres tipos de gobiernos representativos: en primer lugar, el parlamentarismo, que se obtiene mediante la elección de los gobernantes por los gobernados, medio para llevar al gobierno a individuos que gozan de la confianza de sus conciudadanos; existe un margen de independencia de los gobernantes, y cada legislador está obligado a votar según su conciencia; sin embargo, está abierta la posibilidad de una distancia horizontal entre la voluntad superior y aquella inferior, la que se expresa en la calle y en la prensa; además, esta forma de representación acepta el riesgo del pueblo en la calle. El gobierno se realiza a través del debate, el parlamento puede ser un lugar donde se delibera, es decir, un lugar donde los individuos conformen su voluntad (Manin, 1998).

En segundo lugar, Manin hablará de la democracia de partidos, donde también nos encontramos con la elección de los gobernantes por los gobernados; aquí los electores votan por un partido político. El voto al partido se explica por su sentimiento de pertenencia a una comunidad, más que la adhesión a un programa; la confianza se otorga no por las medidas sino por un sentimiento de pertenencia, siendo la elección una manifestación de confianza.

En este tipo de representación, el legislador no es un hombre libre, se encuentra ligado al partido que lo hizo elegir; los partidos expresarán los principales intereses en conflicto.

El gobierno no se realiza a través del debate; las plenarios ya no son más el lugar de la discusión deliberativa; en este sentido, la era del gobierno a través de la discusión ha concluido, ahora las discusiones tienen lugar al interior de la organización política; donde

funciona de manera estable la democracia de partidos, es poco probable que se sigan programas estrictos.

Por último, Manin analizará la democracia de lo público, donde nuevamente la representación política sufre modificaciones. Se elige a los gobernantes, lo cual es, claro, función de los gobernados; por su parte, los resultados del voto pueden variar significativamente entre una elección y otra. En esta etapa, se personaliza la opción electoral; los electores votan distinto entre una elección y otra según los candidatos que se les presentan; se vota menos por un partido o por un programa; en esta coyuntura crece y se desarrolla la idea de crisis de representación.

En la democracia de lo público, la elección presidencial es la más importante y los partidos tienden a convertirse en instrumentos al servicio de un líder; el jefe del gobierno es el representante por excelencia.

En este esquema, toman vital importancia las técnicas de comunicación, con un rol decisivo; en este sentido, el candidato, valiéndose de los medios, puede hacerse conocer sin necesidad de que medie la organización partidaria. De esta manera, crecen las personalidades en detrimento de los programas, ampliándose las funciones de los gobernantes. Por su parte, el resultado electoral varía según la configuración de las candidaturas, y la orientación del voto depende, según se trate de una elección local o nacional, legislativa o ejecutiva.

Los electores tienden a votar a partir de sus problemas y el tratamiento de los mismos, siendo necesario que en toda elección el candidato deba identificarse a sí mismo pero, además, definir a sus adversarios. La oferta política no aparece como algo sustancialmente distinto de la estructura social sino como su expresión. El voto en las formas representativas de gobierno simboliza una reacción a los términos que le son expuestos en la escena pública. Es la materialización del principio de escisión elegido por los candidatos; estos cuentan con cierta libertad al respecto, pero deben buscar todo el tiempo la diferencia social que puede movilizar antes que otra, y esto los hace inclinarse por la escisión social más eficaz. De lo dicho estableceremos que la oferta electoral es producto, efecto, de una pluralidad de acciones (no intencional).

En el mercado político, sin embargo, los consumidores no tienen preferencias pre-determinadas; aquí, nuevamente, estamos invitados a pensar en la idea shumpeteriana

de “voluntad fabricada”. El nuevo representante, actor que propone el principio de escisión, busca descubrir las divisiones del electorado y las lleva a la escena pública; el representante es alguien de confianza, relativamente autónomo, que pone de manifiesto las divisiones; el electorado asume características cambiantes —Manin lo llamará “flotante”—, delibera antes de decidir.

En las democracias de lo público, señalará el mencionado autor, los análisis electorales reconocen que los gobernantes son elegidos sobre la base de las imágenes; éstas funcionan como representaciones políticas simplificadas y esquemáticas. Es la imagen garante de la independencia relativa del gobernante, y es la libertad de opinión facilitadora de la generación de una opinión pública; de esta manera, los individuos pueden elegir dónde se informan, y sacan sus propias conclusiones; el gobierno debate, pero la discusión deliberativa se da en encuentros informales, donde las posiciones no están prefijadas de antemano y donde también la imagen juega un rol decisivo.

La noción de crisis de representación introducida por Manin hace referencia a una notoria distancia entre gobernantes y gobernados; la representación no necesariamente refleja las divisiones sociales. La idea es que, en realidad, la denominada “crisis” encubre los cambios que acontecen en la relación gobernante-gobernado a partir de determinados acontecimientos sociales.

En el marco de las reformulaciones del lazo de representación, lo local pasó a expresar nuevas dimensiones, ya no sólo nacionales, sino, fundamentalmente, subnacionales, regionales e incluso urbanas, donde juegan distintos actores con sus propias lógicas (Madoery: 2000). Es decir que cada expresión de “lo local”, cada lugar, cada territorio, tiene una combinación de variables únicas, que le otorga singularidad.

En este sentido, este escenario supone nuevos desafíos a los gobiernos locales que implican el fortalecimiento de las relaciones con un conjunto heterogéneo de actores y la construcción de nuevas relaciones que implican ampliar las bases de representación; para estos fines, se generan los espacios de co-gestión gobiernos-sociedad civil, donde son diseñadas nuevas políticas pública o formas de gestionar los riesgos sociales.

Capítulo II. Apuntes sobre historia reciente en la Argentina

1.1. La construcción de las relaciones entre las Organizaciones Sociales y los Gobiernos en Argentina

En primer lugar, existe una característica central de la relación Estado y sociedad en la Argentina: el Estado determinó fuertemente a la sociedad, apareciendo como modernizador, nacional-popular, o garante de un orden represivo; estas características le dieron una particular vinculación que estuvo más cerca de la intervención y de la fusión que de una clara separación entre Estado y sociedad.

Aquí el Estado fue la herramienta de construcción de la Nación y luego la fuente de identidad colectiva de actores cuya consistencia en el plano de la Sociedad Civil y los intereses privados era endeble. Por eso, la voluntad de imponerse desde el Estado u obtener algo de él fue siempre más poderosa que la intención de preservar libertades; lo propio de esta forma política fue que lo social y lo estatal, lo privado y lo público, lo individual y lo colectivo coexistieron en fusión y confusión.

La conformación particular del Estado argentino, como del resto de los países latinoamericanos, a fines del siglo XIX; las contradicciones generadas por la modernización tardía y la fuerte vinculación pueblo-nación-Estado distinguen esta experiencia de la de los países centrales; aquí la influencia del Estado se situó en todos los ámbitos y hasta en la misma vida cotidiana (García Delgado, 1990: 28).

El protagonismo estatal tiene distintas explicaciones según distintos autores; en primera instancia, una de ellas encuentra respuesta en las denominadas revoluciones desde arriba, donde los Estados nacionales protagonizaron los procesos de modernización tardía. El actor estatal es quien asumió la tarea de instaurar la sociedad moderna, y de allí la especificidad de un intervencionismo estatal dedicado a ejecutar un modelo de desarrollo para la sociedad en su conjunto.

En segundo lugar, existe otra interpretación que afirma que nuestra cultura estatista posee sus bases en la colonia, donde se habría conformado un Estado fuertemente centralizado y burocrático, y habría primado lo vertical sobre la Sociedad Civil y el ciudadano.

Sin embargo, ese fuerte rol estatal impulsor del desarrollo, articulador regional e integrador social, comenzó a declinar; en las últimas décadas el Estado cambió hacia una menor actividad económica, amplió el espacio del mercado, abrió las fronteras, se desvinculó en cierta medida de lo social. Este cambio se genera como crisis de un modelo anterior sentido como muy opresivo para los individuos.

El Estado que entra en crisis en los ochenta, agonizaba hacía ya tiempo; este proceso se desarrolló en forma lenta y progresiva, procedía de manera global, y se inscribió en un reformismo fundado en el consumo y en la puesta en práctica de medidas universales (Rosanvallon; 1995: 214).

Este cambio significativo, que en la Argentina se profundizó en la década del noventa, marcó el fin de la sociedad conformada por la industrialización sustitutiva, la política de masas y el desarrollo industrial orientado hacia adentro, rasgos todos del denominado Estado de Bienestar.

De la misma manera, retrocedieron las orientaciones derivadas del pleno empleo, el apuntalamiento del sistema de seguridad social, la provisión pública de servicios sociales universales, el mantenimiento de un nivel mínimo de calidad de vida asegurado por el Estado a través de la legislación específica, y una concepción del aparato del Estado vehiculizada a través de la centralización y una racionalidad administrativa de tipo burocrático.

Los factores que inciden en la lógica de ese modelo estatal nacional podríamos agruparlos en tres dimensiones: económicos, políticos y sociales. Con respecto a lo económico, la crisis del modelo de acumulación sustitutivo basado en la demanda interna fue el equivalente a la crisis del keynesianismo de los países centrales: la crisis de alta inflación con estancamiento comienza en los años setenta, y crece en los años ochenta hasta llegar a la hiperinflación. El eje del proceso económico en estos años comienza a dejar de ser el trabajador y su organización, pasando lentamente a tomar protagonismo el mercado y el consumidor; como señala Rosanvallon (2007), la deuda social fue asumiendo la forma de un deber individual frente a personas particulares.

En cuanto a lo político, se produjo el pasaje del régimen autoritario al democrático liberal; la democracia es asociada cada vez más a instituciones y procedimientos, a formas más que a contenidos. Consecuentemente, va desapareciendo la idea de democracia social o

sustancial a favor del concepto de democracia formal; la idea de sujeto declina, y así desaparece la concepción de la política como eje de la movilización, y el sentido emancipatorio de la misma.

En relación a lo social, las relaciones pierden homogeneidad; ya no hay diferencia de clases, encontramos, en cambio, una pluralidad de grupos sociales; así la sociedad comienza a dividirse entre el que está dentro del sistema y los que quedan afuera.

Nace una nueva relación Estado-individuo, que en la Argentina se consolida en los años noventa, es la relación entre el Estado que cristaliza la autonomía de lo económico y confía al individuo al dominio absoluto del mercado (Esposito, 2006: 34).

Sintetizando, el Estado de Bienestar se derrumba, y en directa relación con los sucesos que se venían desarrollando a nivel mundial, los márgenes de acción estatal se restringen. Así emerge el nuevo modelo el Estado argentino, el neoliberal.

Sin embargo, la citada caída no sintetiza más que un proyecto que se venía desarrollando desde los años setenta, con la crisis petrolera, y se afianzó en los años noventa, con la aplicación del denominado “Consenso de Washington”. El mismo se constituyó a partir de los siguientes instrumentos: la disciplina fiscal, la reducción del gasto público, la ampliación de la base tributaria, la liberalización de las tasas de interés, la determinación de las tasa de cambio por el mercado, la liberalización de la inversión extranjera directa, la privatización de empresas y servicios públicos y la desregulación y la garantía de los derechos de propiedad. Este acuerdo constituye un programa de ajuste estructural y de reformas económicas de carácter liberal por las que se intentó modificar el modelo de acumulación vigente en nuestro país.

Esto se realiza por medio de tres grandes reformas: la apertura externa, la desregulación y flexibilización de los mercados, y la reforma del Estado. Estos procesos posibilitarían una estabilización bajo la hegemonía de una economía de mercado, al mismo tiempo que la reforma del Estado mejoraría la eficacia y la eficiencia de la gestión. Sería posible establecer secuencias, medir y comparar, apuntar la eficacia y eficiencia de la gestión, al menos en lo macroeconómico.

También se generaron procesos de concentración económica, de desestructuración espacial del tejido productivo que produjeron desempleo, distribución crecientemente desigual del ingreso y una acelerada reconservación de las economías locales.

La política de descentralización ha significado la cesión de competencias a provincias y municipios —esto fue profundizado en los años noventa, con el pacto fiscal—, tal política supone mayores competencias para los municipios y provincias, aunque éstas nuevas demandas no acompañadas de los recursos necesarios.

Lejos de los resultados esperados, los cambios sufridos por el actor estatal implicaron procesos de desestructuración espacial del tejido productivo que, a su vez, generaron desempleo y el desbordamiento de las economías locales, que debieron “hacerse cargo” del legado del derrotado Estado intervencionista.

El gran problema que se produce en nuestro país en los años noventa, a partir de las políticas implementadas, es lo que señala Castel: la desigualdad inscripta en el corazón de cada categoría social, a través de la precariedad, la cual hace más difícil hablar de dichas categorías como homogéneas (Castel y otros, 2001: 22).

Toda desigualdad plantea problemas diferentes, pero los problemas que vivimos en los años noventa son mayores; además de dejar de proteger, el Estado, en el caso argentino, tampoco redistribuye; sólo pone en marcha algunos dispositivos de políticas públicas que pretenden ser universalistas.

En palabras de Oszlak, podríamos afirmar que el Estado argentino, en el período analizado, no se ha preocupado por resistir a las exigencias económicas, pero particularmente claudicó en lograr la cohesión social. Como resultado, obtuvimos un Estado post-reforma que no logró ser ni más eficiente, ni más eficaz y transparente, objetivos todos que los reformadores liberales de los años noventa decían poder lograr.

De esta manera, podemos afirmar que, en su mayoría, el número de funcionarios no se redujo, pero disminuyó la capacidad de dar respuesta a las necesidades públicas. En este sentido, Stiglitz señalaba: “La globalización y la introducción de la economía de mercado no han producido los resultados prometidos [...]. Occidente aseguró a esos países que el nuevo sistema económico les brindaría una prosperidad sin precedentes; en muchos aspectos, para el grueso de la población, la economía de mercado se ha revelado incluso de lo que habían predicho sus dirigentes comunistas” (Stiglitz, 2002: 33).

Lo que necesitaba Argentina era un Estado conducido con una visión política, tendiente a maximizar el bienestar nacional; se trataba, en todo caso, de “domesticar la globalización”. Sin embargo, lejos de esto, al país le tocó padecer una de las mayores

contradicciones de la historia: mientras una minoría se encontraba súper-conectada con el mundo globalizado, la mayoría se encontraba cada vez más excluida; mientras unos conocen una libertad sin precedentes y una inédita capacidad de desplazarse, otros no pueden apropiarse de sus propios territorios (Bauman; 2000: 29).

En otras palabras, en los años noventa, se plasmó en nuestro país una de las mayores paradojas de la globalización; por un lado, la incorporalidad del poder; y, por el otro, la precarización in situ de la sociedad argentina.

Obligadamente, la realidad por la que atravesaba la Sociedad Civil argentina —y en cierto modo, atraviesa— nos hace remitirnos nuevamente a Castel con sus lógicas, la de la redistribución y la de la exclusión; la primera nos lleva al problema siempre presente en nuestro país; la segunda tiene que ver con las nuevas desigualdades; en Argentina, en los años noventa, perdedores éramos muchos y ganadores unos pocos (Castel y otros, 2001).

Para García Delgado y De Piero (2003), el crecimiento de la sociedad civil se debe a dos cuestiones que representan, en parte, las llamadas nuevas formas de hacer política, donde se valora la participación menos estructurada, más directa, el trabajo concreto. Estas buscan, a su vez, recomponer parte de la representación política actualmente en crisis, apuntalándola desde aspectos tales como el desarrollo local, las políticas de control ciudadano, la protesta, las organizaciones. Ello no quiere decir que no estén presentes distintas culturas políticas de nuestro país que asumen esta participación de diferente manera.

Sin embargo, la mayoría de las organizaciones que surgen a partir de la crisis económica —en una primera etapa, a fines de los ochenta, con la hiperinflación, y en la segunda, con el denominado “argentinazo”, en diciembre del 2001— son instituciones mediadoras entre el Estado y el beneficiario (de la caja, del subsidio, de la copa de leche, etc.); con esto no cuestionamos la razón de ser de estos actores, pero sí los alcances de su representatividad. Los nuevos actores detentan en todo una micro-representación; hoy nos encontramos ante una sumatoria de ciudadanías mínimas ya que, a pesar de la militancia social, se registra el descreimiento y la indiferencia frente a la política, y un fuerte descreimiento de las OS en las posibilidades de incidir en las esferas de decisión.

Es por esto que no hay una coincidencia en aclamar el advenimiento de una nueva ciudadanía; por el contrario, los diagnósticos de debilidad, de delegación contrastan con la

imagen de una recreada Sociedad Civil.

Durante los noventa, conocimos la consolidación del llamado “modelo gerencial” que traslada el principio de la eficacia y la eficiencia empresaria a las políticas sociales y al funcionamiento y lógica de la acción de las organizaciones. (Villavicencio, 2001: 183)

De esta manera se privilegia, más que la participación, fortalecer los mecanismos participativos, y fortalecer, asimismo, las capacidades técnicas de las organizaciones, para poder mejorar su potencial de intervención en las políticas. Esto favoreció a muchas OS en cuanto participaron de un proceso sistemático: capacitación y acceso a nuevos espacios de articulación con el Estado y con organismos multilaterales de crédito, generación de redes con organizaciones pares; y esto condujo a una nueva influencia sobre las políticas públicas, sobre todo en el espacio local. Mientras se desarrolla la gerencia local, se genera el problema de una mirada focalizada en la cuestión social que hace perder la visión del conjunto.

Uno de los límites del neoliberalismo es pretender pensar autónomamente el Estado y la Sociedad Civil; lo que sucedió es que el mercado se convirtió en el mayor asignador de recursos, y su lógica se extendió a toda la sociedad. Esto sucedió, según De Piero, cuando los actores que históricamente lo hacían, las agencias estatales, abandonaron su función; como dice Bourdieu, fue un proceso destinado a destruir las estructuras colectivas capaces de resistirse a las lógicas del mercado. Aquí nos encontramos con la contradicción de la que suele hablarnos Bauman: sentir que gozamos cada vez de más libertad individual pero contando, al mismo tiempo, con menos posibilidades de transformar el mundo; así la sociedad dejó de pensarse colectivamente.

En la relación entre el Estado y la Sociedad Civil, desde la opinión pública —y esto también sucede en ámbitos académicos—, se suele posicionar al primero como el rival a vencer, mientras se erige al “eficiente y honesto” tercer sector como el Mesías del siglo XXI. En realidad, ninguno de los dos extremos son tan ciertos; es tan importante el apoyo brindado a las OS como el que se otorga a las instituciones estatales, se trata, en realidad, de institucionalidades complementarias.

A partir de los años ochenta, en nuestro país, la acción política pasó de desenvolverse en la órbita del Estado —a través de ajustes a la política estatal— a desarrollarse también en la Sociedad Civil, lo que involucró un proceso de aprendizaje

social y de modificación de su relación con el Estado.

En los años noventa, como ya señalamos anteriormente, se produce un doble movimiento que empujó la crisis hacia abajo: del Estado Central a las provincias y a los municipios, y de aquel actor hacia la Sociedad Civil en sus representaciones a nivel local; ninguno de los dos actores protagonistas estaba preparado para el nuevo rol que debía asumir. En este contexto, la autoridad pública local resultó débil para lograr respuestas viables por sí solas. El Estado se encuentra hoy sometido a una doble y contradictoria presión: la que desde arriba impone el proceso de globalización en curso, y la que, desde abajo, suma la demanda de proximidad que proviene del nivel local. Ambas presiones ponen a prueba la capacidad de aquel complejo institucional moderno para ofrecer respuestas adecuadas a los nuevos desafíos generados por dichas tendencias. Retomando una conocida expresión de Daniel Bell, el Estado se ha vuelto demasiado pequeño para abordar los grandes problemas de la vida y demasiado grande para afrontar los pequeños problemas de la vida. Así como se ha vuelto pequeño frente a los retos que impone la globalización, también resulta demasiado grande y distante frente a los pequeños problemas que preocupan cotidianamente a la ciudadanía a nivel local. Es preciso, por consiguiente, apelar a la creatividad e imaginación para repensar respuestas acordes a la escala que presentan estos desafíos. La demanda que asciende desde el nivel local expresa un impulso que apunta a promover una mejor sintonía entre las necesidades y reclamos de los ciudadanos y las instancias decisorias a nivel municipal.

Esta revalorización de lo local reconoce dos aristas: por un lado, se revela como un ámbito que permite hallar nuevas respuestas al problema del desarrollo en el marco de la globalización (Arocena, 2001; Boisier, 2001; Madoery, 2001). En segundo lugar, aparece como una escala humana que favorece una mayor cercanía y proximidad para el funcionamiento del sistema democrático (Ford *et al.*, 2009).

A este respecto, es importante destacar las ventajas comparativas que ofrece la escala local como fuente de innovación institucional; también debemos recordar que el déficit de la democracia no se resuelve mágicamente descendiendo en la escala demográfica; por lo tanto, debemos tener ciertos recaudos frente a la tentación de idealizar lo pequeño como garantía de mayor participación y libre debate democrático. El “descenso a lo local” no es garantía para el éxito de las prácticas democráticas de modo que es

imperioso evaluar sus aportes sin caer en una sacralización que lo convierta en clave suficiente para el perfeccionamiento de la democracia (Rosanvallon, 2007: 286).

Por otro lado, en nuestro país la relación entre actores de la sociedad civil y los distintos organismos estatales, en particular el sector dedicado a los pobres, atravesó por distintas etapas de interacción (Bustelo; 1995).

A partir que el Estado Providencial o de Bienestar entra en crisis —al igual que sucede con las organizaciones partidarias—, en forma lenta y progresiva una fracción de la Sociedad Civil, es decir, aquellos grupos/sectores ligados a la satisfacción de demandas urgentes, se convierten en los nuevos canales de formación y transmisión de demandas. Así el gobierno va distribuyendo sus recursos a actores de la Sociedad Civil, avanzando desde el asistencialismo clásico a otras formas de clientelismo.

Por su lado, las OS que orientaban su acción a los sectores más vulnerables, ante la reducción de políticas asistenciales, fueron disminuyendo sus demandas, o las han reacomodado paulatinamente a las coyunturas nacional e internacional; es decir, de cara al Estado Provincial, nacional o a las instituciones oficiales y privadas que pudieran financiarlas.

De esta forma se va diseñando una “innovadora” relación entre las organizaciones dedicadas a la asistencia y los estamentos del Estado que tiene como particularidad la presencia de una combinación peculiar de asimetría de poder con una aparente solidaridad mutua en términos de identidad personal y sentimientos; se diferencia del asistencialismo porque implica la presencia de una norma de reciprocidad.

A partir de los noventa, y con más énfasis a partir de la crisis del 2001, la Sociedad Civil, ante innumerables proyectos con financiamiento externo, fue comenzando a constituirse en un actor más relevante ante el Estado y los organismos internacionales de crédito, en relación a la ejecución de programas sociales. Particularmente los organismos internacionales de cooperación (BID, Banco Mundial, etc.) otorgaban a la Sociedad Civil un rol excluyente en la ejecución de los programas sociales; también se le adjudicaba el rol de auditora social, en tanto sería el agente más confiable.

Sin una autoridad pública que exprese el interés común, cada grupo quedaba librado a sus propios intereses inmediatos, aun cuando la orientación al hacer algo sea muy fuerte por parte de un sector de la Sociedad Civil.

Por otro lado, existen numerosas cuestiones que obstaculizan la cogestión entre el actor estatal y sus “nuevos compañeros”, es decir, entre la sociedad civil y los gobiernos locales. Entre ellas se pueden enumerar: una tradición para la cual la toma de decisiones ha estado ligada a la administración pública central, al tiempo que existe debilidad técnica y presupuestaria de muchas administraciones municipales y provinciales.

Por otra parte, se observa cierta debilidad de parte de la sociedad civil, particularmente de las organizaciones de base territorial, para interactuar con el Estado, debido a su precariedad organizativa, funcionamiento discontinuo y desconocimiento de herramientas e información favorables a su crecimiento. Pero subyacen además otras cuestiones emparentadas con la relación entre el Estado y las OS que dificultan la relación con las organizaciones estatales. Esta situación produjo en las distintas localidades la toma de conciencia de su incapacidad de generar poder, y aun de negociarlo, al depender de acciones sobre las que no ejercen el menor control (Bauman, 2000: 9).

El gobierno nacional también pone énfasis en las OS, dejando de lado el resto de los estamentos estatales, y les otorga recursos a aquellas a cambio de que se hagan cargo de la asistencia (comedores, guarderías, etc.). Así se asegura la eficiencia, y se estructura o reestructura un modelo exclusivamente instrumental. En esta etapa histórica de la relación, la fuerza centrífuga del Estado para intercambiar lealtades y recursos con las OS fue inhibiendo otras modalidades de articulación de la acción colectiva. Las díadas patrón-cliente sostuvieron este clientelismo de los años noventa como un sistema privatizado de dominación (O'Donnell, 2000).

De todo lo dicho, se desprende la caracterización de una relación basada en el asistencialismo y el clientelismo; la misma situación de urgencia que atravesaron, y atraviesan, las OS las lleva a actuar a corto plazo, del mismo modo que al Estado le urge formular políticas de rápido impacto político, al ritmo de la crisis. Tenemos como resultado que las organizaciones más favorecidas son las que tienen algún vínculo político, o tienen mayor base comunitaria y experiencia en gestionar la necesaria ayuda financiera.

Así observamos cómo la situación de conflicto y urgencia parece borrar las diferencias cruciales entre las distintas organizaciones, entre los actores sociales y los gubernamentales, entre estos últimos y los organismos de crédito internacionales, y entre las fundaciones y las organizaciones de base territorial; el intento histórico y característico

de nuestra historia política de escindir, de generar antinomias parecía atenuarse en estos tiempos.

Así, son privatizados las creencias, los valores y los estilos, y obtenemos identidades frágiles, con fecha de vencimiento; esto es lo que enfrentan los residentes de la modernidad líquida (Bauman; 2000: 188).

Las organizaciones de la Sociedad Civil se ven constreñidas por las necesidades a reformular sus objetivos, sin certezas de estar yendo por el camino indicado. Nos encontramos frente a la ruptura de las certezas y las normas, ya que, al quebrantarse, la Sociedad Civil renuncia a sus propios valores con pocas esperanzas de poder lograr sus más ansiados objetivos. Los denominados “nuevos actores” reproducen las antiguas prácticas de los partidos políticos, las OS no estarán exentas de la elitización —haciendo referencia a la idea esbozada por Michels en la que señala la fuerte tendencia que posee toda organización a la oligarquía (Michels, 2003); siempre existen minorías que tratarán de detentar el poder por sobre las mayorías y enquistarse en el mismo—; por otro lado, en estas organizaciones, como en los gobiernos liberales democráticos, la dimensión cívica es subsumida por lo económica, lo cual revela prácticas que debilitan lo político.

En este sentido, el clientelismo será una práctica cotidiana de las organizaciones y sus referentes, y claro está, del sistema político con el que éstas interaccionan en el día a día. Al referirnos al término clientelismo, aludimos a la consecuencia de una relación personal de intercambio, en el ámbito de la política, que se establece de forma voluntaria y legítima, dentro de la legalidad, entre los que pueden ocupar u ocupan cualquier cargo público y los que desean acceder a unos servicios o recursos públicos a los que es más difícil llegar —que no imposible—, de no ser por este vínculo o relación. Se suele vincular este tipo de relación con los aspectos negativos del sistema democrático, sin embargo, vemos la necesidad de aclarar que existen diversos tipos de clientelismo político: uno relacionado a un estado fuerte de dominación, otro que lleva a un estado de semidependencia económica, y una tercera situación, que responde a una relación entre iguales. Sin embargo, todas las tendencias deslegitiman el fenómeno, percibiéndolo como sumamente negativo para el desarrollo de la democracia; pero en realidad, las condiciones que rodean al intercambio clientelar, el margen de libertad de acción, las condiciones económicas, sociales y políticas, el tipo de relación entre los actores implicados, los

factores externos, dibujan un clientelismo diferente en cada situación.

En términos de identidad personal y sentimientos y obligaciones interpersonales, esta relación, a diferencia del asistencialismo, implica la presencia de cierta reciprocidad, “una serie de significados compartidos, que sostienen las acciones de intercambio” (Cardarelli y Rosenfeld, 1998: 7).

La proliferación de las prácticas extrainstitucionales denominadas clientelares es también consecuencia de la construcción de un nuevo contrato de política social, ya que, según afirma Bustelo, a partir de la reducción del aparato estatal y la crisis que se produce al interior de las masas partidarias, se van modificando los canales de transmisión de demandas, y el colapsado Estado Asistencial va distribuyendo sus recursos a actores de la sociedad civil, constituyendo mecanismos de relación que avanzaron desde el clásico asistencialismo a formas de clientelismo que asumen estilos cada vez más personalistas y ejecutivistas (Bustelo, 1995).

Pero la relación entre el Estado y las OS es mucho más compleja, y va mucho más allá de las implicancias y consecuencias de las relaciones informales, tales como la clientelar; es una relación que supera la idea de la combinación peculiar de desigualdad y asimetría de poder con una aparente solidaridad mutua. Dicho de otro modo, las organizaciones no necesariamente representan, sino que consiguen insumos provenientes del sistema político y del económico, mientras que, a su vez, el Estado suele “necesitarlas” para tematizar ciertas cuestiones sociales, y canalizar recursos propios y externos. En la práctica, el Estado privatizó la forma de encarar respuestas dándoles el carácter de lo único posible o de lo que la gente espera (Bustelo, 1995: 74).

“El caciquismo fue la manifestación de un sistema de dominación que básicamente manipulaba a los electores para autolegitimarse, desmovilizaba a las masas en un contexto de grandes desigualdades. El cacique obtenía, mediante favores, el apoyo incondicional de individuos y grupos que le concedían a su vez prestigio ante el poder central”, él era el único, ante sus dependientes, capacitado para resolver los problemas y traer una mejora económica; esto también ayudaba al puntero a posicionarse mejor dentro del partido. Este tipo de relaciones son las que Susana Corzo Fernández analiza como típicas del clientelismo político (Corzo Fernández, 2002); por otro lado, también nos inclinamos en pensarlas como patológicas de la propia democracia. Son funciones generadas por el propio

Estado para asegurar su estabilidad, se encuentran legitimadas porque funcionan como un sistema integrador de demandas. El o los aspectos negativos de este sistema consisten en que, cuando colapsa, los gobiernos pierden parte de su sustento legitimador, alejando aún más al ciudadano de las instituciones democráticas y del hacer política como vocación.

En paralelo, el comportamiento electoral ha asumido características mercantiles; los electores, por su parte, se comportan como clientes: ya no hay masiva presencia ciudadana en los actos públicos convocados por los partidos políticos. Para lograr un acto significativamente numérico, las fuerzas políticas suelen ofrecer “algo a cambio”, o bien logran alianzas con otros actores que los ayuden a incrementar el número de seguidores, tales como las organizaciones de base territorial. Se apoyan en éstas, y logran su adhesión mediante la presencia territorial y la ayuda cotidiana, haciendo que comedores, costureros, merenderos, bibliotecas populares accedan aun sistema de beneficios a cambio de “acompañar un proyecto”, en detrimento de las bases ideológicas que dieron origen a la organización político partidaria; así los espacios sociales comienzan a perder autonomía.

En este contexto, el clientelismo es quizás la forma más primitiva de re-politizar el sistema político que —en la Argentina, desde mediados de los ochenta— tiene como socios a los actores de la sociedad civil, en el marco de una sociedad fragmentada, con el capital financiero imponiendo sus designios a la clase política dirigente que, según los momentos históricos, puede tener más o menos injerencia en las decisiones.

Así las OS quedaron como atrapadas en las dificultades típicas de los actores sociales; sin recursos materiales y humanos automáticos, entran en el complejo entretejido clientelar (Belligni, 1987: 61).

Suelen confundirse dos conceptos que vale aclarar: clientelismo y corrupción; la homologación de estos dos deriva de que en ambas prácticas se produce un intercambio, y que el primero, muchas veces, aparece al servicio de la segunda; y la corrupción, a su vez, puede ser consecuencia del clientelismo cuando, a partir de él, se sobrepasan los márgenes de la legalidad; se encuentran habitualmente vinculados, pero no necesariamente van unidos.

El concepto de corrupción política al que nos remitimos está referido a aquella situación cuya iniciativa procede de la autoridad y se dirige a actores que no lo son para incrementar el poder de ésta (corrupción ascendente); como también a situaciones cuya

iniciativa procede de los actores hacia la autoridad (corrupción descendente) para incrementar el patrimonio de los mismos (Belligni, 1987: 61). En ambos casos se sobrepasan los límites de la legalidad para obtener beneficios extraposicionales, es decir, ajenos a la remuneración de la actividad que se desempeña. Mientras en la relación clientelar median la lealtad y la confianza como características específicas, en la relación de corrupción se produce un intercambio basado en cambiar decisiones por dinero.

Sin embargo, es necesario destacar que la Argentina, desde el siglo XIX a esta parte, ha constituido su orden político-institucional complementado con prácticas y acciones parainstitucionales, tales como el asistencialismo; en sus inicios, con la colaboración de actores sociales, y a posteriori, mediante la generación de políticas y acciones gubernamentales. Así podemos establecer que, históricamente, el sistema generador de políticas sociales en Argentina posee una fuerte influencia asistencialista. Este sistema tiene como principal característica pensar que las intervenciones sociales se deben focalizar en los débiles, como contrapartida de las reglas del mercado instituidas estatalmente en tanto regulaciones del conjunto de la vida social, y reproducidas en los discursos y en dichas intervenciones sociales. En este sentido, la máxima mercantilización de la fuerza de trabajo, y la desestructuración de las instituciones de regulación de su uso y de protección de los trabajadores, fue correlativa y determinante del incremento de la asistencialización, siendo el protagonista el trabajador en situación de vulnerabilidad económica.

Desde el punto de vista del carácter del Estado, la desregulación del mercado de trabajo fue la hacedora de un orden con determinantes características asistencialistas. En éste, las intervenciones sociales gubernamentales se piensan y diseñan para socorrer la emergencia de la crisis de reproducción de quienes han quedado libres en el mercado o de aquellos que no pueden ingresar. El sector de las políticas de asistencia, como parte de las políticas sociales, corresponde a la concurrencia necesaria para enfrentar emergencias sociales o derivadas de imprevistos; y se orienta a la protección y atención de personas. Asimismo, incluye también las acciones necesarias para asegurar la defensa, amparo y promoción de los grupos más afectados por fenómenos como la drogodependencia y el desestímulo educativo, entre otros.

De lo dicho, podemos establecer que las políticas de asistencia no tienen un necesario significado negativo, sino que se encuentran inscriptas en un marco global de

derechos y garantías que asumen la naturaleza histórico-estructural del riesgo eventual de no poder realizarse la reproducción (en sentido amplio), por situaciones de desventaja fortuita o por las condiciones del mercado de trabajo; y que expresan el acuerdo normativo de una sociedad de asumir colectivamente dicho riesgo y, consecuentemente, la seguridad de todos sus miembros. Sin embargo, esto no se desprende de manera directa y automática de un marco normativo de tales características, sino que será el resultado de procesos sociales y culturales que reorienten el sentido general de la política social (Alayón, 2010).

Inconscientemente o no, las “políticas públicas” surgen como una idea para ejercer el control social mediante el asistencialismo sobre los sectores más vulnerables de la población, sólo para disminuir su fuerza social. Sin embargo, lo asistencial tiene que ver también con lo discursivo y lo gestual; el entregar algo o recibirlo no debe ser pensado exclusivamente como una dádiva, esto depende de cómo se delinee las políticas y de cómo se piense, en lo cotidiano, la práctica política. Claro que apuntar a cambiar esa tradición de dádiva no es una tarea fácil, pero es necesario poner como objeto la entrega de los recursos como un momento importante que expresa también las formas de reconocer derechos.

En consonancia con lo que venimos señalando, la economía de mercado es altamente compatible con las formas clientelares/asistenciales de representación. En este sentido, podemos establecer que los cambios devenidos son parte de la construcción del nuevo contrato de política social; según afirma Bustelo, a partir de la reducción del aparato estatal y la crisis que se produce al interior de las masas partidarias, se van modificando los canales de transmisión de demandas y el Estado Asistencial distribuye sus recursos a actores de la sociedad civil (Bustelo, 1995).

1.2. Argentina, diciembre de 2001

Pensamos en los sucesos del 2001 como la crónica de un escenario político anunciado, como la gran deuda de la ciencia política, al no prever la inevitable antinomia, la política contra la sociedad. De esta manera, la mayor parte de los intelectuales sociales quedamos estupefactos a partir de los sucesos decembrinos; como bien señala Merklen, con interesante precisión, desde 1983 la desatención a los efectos de la desafiliación y de la fractura social nos dejó desprovisto de herramientas críticas (Merklen, 2005). Encandilada

por la luminosidad de los procesos políticos asociados a la “transición democrática” y a la fundación de un orden político moderno, la ciencia política cerró los ojos frente a los acontecimientos sociales.

En Argentina, entrados los años noventa, la política se desvanecía; las elecciones de octubre del 2001 no fueron más que la certificación de una política nacional que agonizaba y, casi milagrosamente, entre el 19 y 20 de diciembre, resucitó entre las cacerolas y los gritos de la muchedumbre exclamando “¡Que se vayan todos!” (Rinesi y Nardacchione, 2007: 38). De lo dicho, se deduce que existe cierta insuficiencia desde la ciencia política para producir definiciones que nos ayuden a comprender la naturaleza de los fenómenos que acontecían. O bien, como señala Prud’homme, (2003), hay ciertas categorías que nos dejan cierta sensación de desesperación ante el panorama de la Argentina con posterioridad al 2001.

Los sucesos del 19 y 20 de diciembre fueron la expresión de la profunda crisis que venía desgarrando a la sociedad argentina desde, por lo menos, mediados de los años noventa; la Argentina sufría las consecuencias de una recesión económica, combinada con el deterioro de todas las formas de sociabilidad y una fenomenal crisis política. En realidad, lo que tenemos es esa relación vertical y distante entre representantes y representados, no corregida por alguna forma de participación popular, y sin la intervención efectiva de los segundos en los asuntos que los conciernen.

Es la creencia en la justicia o en la ventaja de que nuestros representantes estén lejos de nosotros; se ha roto la confianza en que ellos puedan llevar a cabo nuestras expectativas y, por lo tanto, en que pueden ser buenos representantes. En la Argentina, las mutaciones que se fueron dando en el sistema representativo fueron cíclicas; creció la importancia de los medios de comunicación y las encuestas por sobre el debate de las ideas, ante la decadencia de las antiguas identidades y culturas partidarias.

El escenario nacional hizo frente a la coyuntura de manera diversificada pero, a grandes rasgos, podemos afirmar que, en las últimas décadas, la centralidad de los partidos como agentes de representación se ha ido reduciendo. Diversos grupos de interés han asumido funciones representativas que fueron históricamente monopolio de los partidos, mientras que los partidos han retrocedido en su rol de organizadores de la sociedad civil. Esto se debe a la proliferación de los medios de comunicación, hoy las campañas se han

profesionalizado. Los partidos, por otra parte, se fueron alejando de las bases sociales, restringiendo sus funciones a lo electoral exclusivamente. En consecuencia, menos votantes se hallan asociados a partidos, con lo que aumenta la volatilidad electoral.

A fines de los ochenta, en nuestro país, como en muchos países vecinos, años antes o poco después, el deterioro de las condiciones de vida y el progresivo incremento de la insatisfacción de las necesidades básicas generaron un proceso de des-ciudadanización y, por ende, fue disminuyendo el número de aquellos que jugaban en el sistema político. De esta manera, se pasa de actores económico-políticos, centrados en el nivel histórico-estructural, a actores definidos socioculturalmente, centrados en “mundos de vida” e “instrumentalidades” (Garretón: 2002).

Bauman, en *Modernidad líquida*, señala: “El individuo es el enemigo número uno del ciudadano. El ciudadano tiende a procurar su bienestar a través del bienestar de su ciudad, mientras el individuo tiende a la pasividad y al escepticismo hacia el bien común” (Bauman, 2000: 41).

Ciertamente, lo que señalamos incidió en la crisis de legitimidad argentina, y ríos de tinta han corrido acerca de los motivos que desencadenaron el 19 y 20 de diciembre, pero existe una constelación de factores que encuentran su desenlace en la revuelta anti-política del 2001. Sin duda, los acontecimientos de diciembre de 2001 son un punto de inflexión en la historia reciente de nuestro país, y nos permiten visualizar, entre otras cosas, procesos de reconstitución del tejido social y nuevas identidades que se fueron generando en los últimos años de la década del noventa.

Se produce una gran complejidad y diferenciación social, que se corresponde con una creciente autonomización de los subsistemas económico, político, social y cultural. De allí que las demandas al sistema político se multipliquen y diversifiquen, generando un dilema difícil de resolver para el sistema político entre representación y eficacia. A esto se refiere el debate contemporáneo acerca de la gobernabilidad, que coincide en ese aspecto con lo planteado por Castel acerca de las desigualdades en cada categoría (Castel y otros, 2001), mientras el sistema político realiza ensayos, en cierta forma, fallidos de nuevas maneras de gestionar lo público.

Una creciente influencia de los medios de comunicación en la determinación de las agendas públicas sustituye muchas veces a las vías de representación típicas. Este

reemplazo no es inocente, puesto que está acompañado de un discurso en el que se incentiva la acción colectiva pero se denuestran las instituciones de la democracia representativa.

Y, más profundamente, establece un vínculo comunicativo fundado mucho más en los sentimientos que en las razones. Esta característica es un rasgo de la nueva forma de hacer política en las últimas décadas, el homo videns sartoriano es el ciudadano de este nuevo momento. En este sentido, Bauman señala “los más miran a los menos”, la cualidad de este mundo es precisamente ser observado por muchos (Bauman; 2000: 72).

Siguiendo a Borón, podemos afirmar que, más allá de la fragilidad del entramado institucional, lo que comprueban el 19 y 20 de diciembre es que el período de gobiernos neoliberales con todo su bagaje de violencia expresada en niveles crecientes de degradación y exclusión social generó las condiciones objetivas para la movilización de grandes sectores de la sociedad. Una mirada sobria a la historia del período abierto a comienzos de los años ochenta revela que no hay mucho de accidental y casi nada casual en la revuelta decembrina (Borón, 2007: 31).

Por las razones mencionadas, vemos la necesidad, a los fines de esta investigación, y dada la suma importancia que cobra en el análisis, de abordar los conmovedores sucesos del 2001, cuando un conjunto de determinantes contruidos o conseguidos durante años anteriores, desembocaron en la explosión del culto a la antipolítica.

Durante las últimas décadas del siglo XX, la crisis del modelo de acumulación sustitutivo basado en la demanda interna significó el equivalente a la crisis del keynesianismo de los países centrales. La crisis de alta inflación comienza en los años setenta, y crece en los años ochenta hasta llegar a la hiperinflación; los ejes del proceso económico dejan de ser el trabajador y su organización, y pasan a ser el mercado y el consumidor. Como señala Rosanvallon, en este sentido, la deuda social fue asumiendo la forma de un deber individual frente a personas particulares.

Siguiendo la cronología, va naciendo una nueva relación entre el Estado y el individuo, que en Argentina se consolida en los años noventa; es esa relación en la que el Estado simboliza la autonomía de lo económico y confía al individuo al dominio absoluto del mercado (Esposito; 2006: 34). El gran problema que se produce por esos años, a partir de las políticas implementadas, “es la desigualdad inscripta en el corazón de cada categoría

social, a través de la precariedad y hace día tras día más difícil hablar de estas categorías como homogéneas” (Castel y otros, 2001: 22). Cada tipo de desigualdad plantea problemas diferentes, pero los problemas de las desigualdades que vivimos en los años noventa son mayores; es que, además de dejar de proteger, el Estado argentino perdió toda capacidad distribuidora, sólo puso en marcha algunos dispositivos de políticas públicas que pretendieron ser universalistas. En otras palabras, en la última década del siglo pasado se plasmó una de las mayores paradojas de la globalización: por un lado, la incorporalidad del poder, y por el otro, la precarización in situ de la sociedad argentina.

De lo dicho anteriormente, podemos deducir cómo llegamos al Estado decembrino. Ríos de tinta se han dedicado a estos sucesos y el abrupto final del gobierno de la Alianza, pero existe una constelación de factores que encuentran su desenlace en la virulencia antipolítica del 19 y 20 de diciembre, como veníamos relatando en las páginas anteriores

Es necesario hacer hincapié en los sucesos acontecidos en el 2001, cuando un conjunto de determinantes construidos o conseguidos durante los años anteriores, desembocaron, como ya se ha dicho, en la explosión del culto a la antipolítica. Sin duda, los acontecimientos del 19 y 20 de diciembre son un punto de inflexión en la historia reciente de nuestro país, y nos permiten visualizar, entre otras cosas, procesos de reconstitución del tejido social y nuevas identidades que se fueron generando en los últimos años de la década del noventa.

Siguiendo a Sebastián Barros, nos encontramos en la Argentina frente a la aprehensión de una demanda insatisfecha, y esta es pasible de ser articulada equivalencialmente (Barros, 2006: 151).

Así se explica cómo un presidente que llega al ejecutivo con el 22% de los votos logra construir la ruptura con relación a las reformas pro-mercado de los años noventa (Aboy Carlés, 2005: 26).

La dislocación y fragmentación de cierto tipo de demandas en los gobiernos anteriores posibilitaron la construcción de una frontera dicotómica. Hay mucho más que una suma de lazos equivalenciales en el proyecto que se gesta después del 2001; lo que surge en la Argentina es la expansión, en cierta medida, de la lógica de la equivalencia en detrimento de la lógica de la diferencia (Laclau, 2005).

De lo dicho anteriormente, podemos deducir cómo llegamos a la crisis del Estado

decembrino de 2001; aunque mucho se ha escrito sobre el abrupto final del gobierno de la Alianza, queremos destacar especialmente una constelación de factores que desencadenan la virulencia del 19 y 20.

Para Daniel García Delgado, tenemos que observar el 2001 como la ruptura de todos los contratos en el marco de la caída de un modelo económico, político, social y cultural que primó en la Argentina desde, por lo menos, el Proceso militar, y que tuvo su apogeo en la década de los años noventa. Esa ruptura implicó una gran complejidad y diferenciación social, que se corresponde con una creciente autonomización de los subsistemas económico, político, social y cultural. De allí que las demandas al subsistema político se multipliquen y diversifiquen, generando un dilema, difícil de resolver para el sistema político, entre representación y eficacia; a esto se refiere el debate contemporáneo acerca de la gobernabilidad, mientras el sistema político realiza fallidos ensayos de nuevas formas de gestionar lo público (García Delgado, 2003).

Asimismo, García Delgado destaca que la creciente influencia de los medios de comunicación en la determinación de las agendas públicas sustituye muchas veces a las vías de representación típicas. Este reemplazo no es inocente, puesto que está acompañado de un discurso en el que se incentiva la acción colectiva pero se denuestan las instituciones de la democracia representativa y, más profundamente, se establece un vínculo comunicativo fundado mucho más en los sentimientos que en las razones. Esta característica es un rasgo de la nueva forma de hacer política en las últimas décadas, el homo videns sartoriano es el ciudadano de este nuevo momento, de la globalización. Es esta idea de Bauman (1999) “los más miran a los menos”, la cualidad de este mundo es precisamente ser observado por muchos. También señala una contradicción existente entre lo público-político y lo privado-económico que tiene su expresión global en la debilidad de los Estados nacionales para ejercer su poder soberano frente a los actores de la economía transnacionalizada. De esta debilidad externa se deriva una esterilización de la representación política interna. La falta de control de los Estados de sus fortunas, la erosión del actor estatal por parte de fuerzas transnacionales, deja un escaso margen para la decisión. Todo esto impuso un panorama gris, casi negro, en nuestra sociedad tan desordenada, aún antes del “desorden mundial” (Bauman; 2000: 78).

Los sucesos del 2001 fueron expresión de la profunda crisis que venía desgarrando a

la sociedad argentina desde, por lo menos, mediados de los años noventa, de esta manera la Argentina sufrió las consecuencias de una recesión económica, combinada con el deterioro de todas las formas de sociabilidad y una fenomenal crisis política. Tampoco nos parece adecuado hablar de ausencia del Estado, sino de una reformulación de sus roles; si bien es cierto que cuando el Estado de Bienestar se derrumba, en primera instancia, los márgenes de acción estatal se ven restringidos, están siendo recuperados de la mano de las OS, en tanto nuevas formas de representación, que con diversas manifestaciones fueron rediseñando la forma de enfrentar la cuestión social, pero en una nueva era que otorga el predominio a los privados.

Sin embargo, sí es necesario destacar el deterioro de los partidos políticos como actores que deben dar respuestas claves. Se abrió una profunda brecha entre las estructuras partidarias y la manera en que estas convocan, reflejan, articulan a los actores. En este mismo sentido, es posible acordar que la salida de la matriz Estado-céntrica y su reemplazo por modelos neoliberales fue llevada a cabo por los mismos partidos que la habían construido, siendo el caso más paradigmático el viraje del Partido Peronista argentino encarnado por Carlos Menem.

Sólo estos partidos de fuerte raigambre en la sociedad civil, con experiencia y disciplina de gobierno pudieron legitimar las reformas neoliberales entre sus propias bases. Así, estaríamos en condiciones de afirmar que este punto nos lleva a comprobar, en la práctica, la debilidad de los lazos de representación, ya que, por lo general, los partidos que compiten en un sistema institucionalizado tienden a mantener cierta consistencia en sus posiciones ideológicas relativas (Mainwaring, 1995: 5).

Así, el surgimiento de la era neoliberal representa un quiebre en la historia económica de nuestro país, pero también un momento crítico en el desarrollo político de la región. El escenario nacional hizo frente a la coyuntura de manera diversificada pero, a grandes rasgos, podemos afirmar que la centralidad de los partidos como agentes de representación ha sido reducida. Diversos grupos de interés han asumido funciones representativas que fueron previamente monopolizadas por los partidos, mientras que los partidos han retrocedido en su rol de organizadores de la sociedad civil.

Históricamente, tanto en los regímenes populistas y desarrollistas en América Latina como durante los regímenes militares y el reciente período neoliberal, la participación de la

sociedad en el diseño, ejecución y control de políticas públicas estuvo vedada —si bien por diferentes razones en cada uno de ellos—, más allá de los fuertes niveles de organización y movilización existentes en la sociedad (Cavarozzi, 2000). Precisamente, con las transformaciones acaecidas en las últimas décadas, la participación ciudadana ha comenzado a ser encarada desde perspectivas que la consideran como un “recurso de orden” y un “recurso para la gestión”, tomando las palabras de Cavarozzi (2000: 214-215).

Ahora bien, como destaca este último autor, si bien en la actualidad han sido desbloqueados los mecanismos que en el pasado latinoamericano impidieron la participación ciudadana en las arenas públicas, esto coincide justamente con un período de retracción y apatía social generalizada frente a la política, que se ha dado al compás de la hegemonía neoliberal y la desarticulación de los Estados de Bienestar, y no como un proceso de cambio progresivo hacia una mejoría de nuestro sistema democrático.

Siguiendo esta línea de análisis, aparecen singulares formas de participación espontánea y protesta colectiva, en el marco de las ya mencionadas transformaciones económicas y de la crisis institucional. Así se van generando formas de incidir mediante las cuales la ciudadanía formula reclamos e interactúa con distintos sectores del Estado y del resto de la sociedad civil. En muchos casos, existió una combinación de acciones de protesta y organización en torno a la dádiva estatal; esta dicotomía nos permite redescubrir los distintos posicionamientos de un mismo actor.

Según Kenneth Roberts, los cambios acaecidos al sistema de partidos se deben a la proliferación de los medios de comunicación, hoy las campañas se han profesionalizado; los partidos se fueron alejando de las bases sociales, restringiendo sus funciones a lo electoral exclusivamente (Roberts, 2002: 57). En consecuencia, menos votantes se hallan asociados a partidos, aumentando la volatilidad electoral. Además, el sistema de partidos en Argentina se re-caracterizó a partir de las elecciones del 2003. En primer lugar, con un Partido Justicialista dominante pero no hegemónico; atravesado por conflictos territoriales, donde distintos ejecutivos peronistas han cultivado candidaturas y electorados no peronistas para disciplinar facciones internas o garantizar los votos necesarios en algunos contextos provinciales (Calvo y Escolar, 2005: 233). En segundo lugar, con la pérdida de fuerza del radicalismo a nivel nacional, y el realineamiento del electorado radical en dos nuevas terceras fuerzas de centroderecha y centroizquierda creadas alrededor de figuras políticas

con origen partidario en la UCR. En tercer lugar, con la regularidad del electorado antiperonista no radical, el cual ha nutrido a las terceras fuerzas nacionales a lo largo de los diez últimos años. La incertidumbre que se ha instalado en la estructura de la competencia interpartidaria desde el regreso de la democracia invita a mirar el futuro con los ojos atentos, especialmente, por el creciente descontento social hacia la clase política toda.

Al respecto señalan Calvo y Escolar: “[...] en los últimos años hemos asistido a la consolidación de una democracia competitiva [...], los políticos han sido afectados por una creciente pérdida de legitimidad [...]” (Calvo y Escolar, 2005).

Siguiendo a estos mismos autores, se debe señalar que el sistema partidario en la Argentina atravesó el impacto de las reestructuraciones de los años noventa, el deterioro de la legitimidad de la clase política dirigente a inicios del nuevo siglo e, inmediatamente, la peronización. Entre el 2001 y el 2003, el sistema de partidos argentino encontró su nuevo centro de gravedad en el Peronismo. El nivel de fraccionamiento fue inusitado, Menem, Kirchner, Duhalde, Reutemann, De La Sota y Rodríguez Saa.

Sin embargo, si bien los partidos políticos perdieron representatividad, no la ganaron los otros actores, como las OS en su multiplicidad de experiencias; al menos, no en medida comparable. Hay un arduo camino por recorrer, hay mucho por recuperar; en primera instancia, es necesario devolverle a la política el protagonismo que merece, hoy adquirido por la economía. Se tiende a funcionalizar lo político con las necesidades de lo social, en el sentido más demagógico.

En el 2001, se produce la constitución de nuevos sujetos y formas de hacer política, más horizontales y dialógicas. Estos nuevos actores y formatos tensionan el modelo clásico de lo político como sistema de dominación, sin embargo, no logran dismantelar el sistema representativo tradicional.

Siguiendo el concepto de crisis habermasiana, y de acuerdo a lo señalado hasta el momento, el 2001 implicó cambios; sin embargo, estos no afectaron la identidad social, o al menos no se dañó la integración social hasta el punto de llegar a un estado de anomia; hubo cierto deterioro de algunas instituciones sociales, pero se redefinieron y surgieron otras (Habermas, 1998: 17). Se podía observar, poco antes del 2001, que la creciente disponibilidad de fondos públicos provenientes del exterior imponía, casi como condicionante, la inclusión de la sociedad civil en los programas sociales diseñados por el

gobierno, ya que existía, y en algún modo hoy persiste, la convicción de que la presencia de este sector incrementa la eficiencia en la administración (Bifarello, 1998).

En lo que respecta al componente educativo que ponía acento en el protagonismo de las OS y en los programas sociales, estructurando una nueva forma de generar política social basada en la cooperación público-privado, este formato no tuvo un diseño explícito, sino que respondió a una necesidad de cumplir con los organismos multilaterales de crédito, pero sin auténticas intenciones políticas. En este marco, se diseñaron políticas con la idea de un modelo de gestión articulado entre distintos niveles de Gobierno. Así se realizó un proceso de descentralización que, a menudo, se tradujo en una mera transferencia de deberes y responsabilidades desde la administración central hacia los gobiernos provinciales y locales, sin la correspondiente transferencia de recursos para llevar a cabo lo que las nuevas demandas exigían.

Este formato que toma lo social trajo “nuevas” instancias organizacionales, con lo que se multiplicaron las formas de representar y ser representados. La dinámica representativa ha ido complejizándose, ya que también lo ha hecho la sociedad. Y, asimismo, se complejiza el escenario sociopolítico, ante el incremento de instancias de mediación. En síntesis, preferimos no hablar de una crisis, sino pensar en la multiplicación de instancias que se erigen como portadoras de la ya conocida y ficticia “voluntad general”, puesto que surgen organizaciones y acciones colectivas o se reformulan, haciéndose eco de las demandas que invocan el bienestar perdido.

Así vemos como la eclosión de diciembre del 2001 no puede remitirse exclusivamente a los errores —que, claro está, no son pocos— de la clase política argentina; si bien existió y existe asimetría entre las expectativas de la ciudadanía y las acciones de gobierno, esto responde a una complejidad de problemas que afectan a la gestión de la cosa pública en Argentina desde hace décadas. A esto último, debemos sumarle los condicionamientos exógenos que lejos estamos de poder ignorar; el contundente reclamo “que se vayan todos”, ocultaba implícitamente la continuación de la antipolítica por otros medios.

Los temores a posteriori de la virulenta revuelta de diciembre de 2001, se focalizan en la reconstrucción del Estado; los interrogantes giran en torno a cuáles son las instituciones que se deben revalorizar y proteger, y que, si bien ya no representan intereses

ni ideologías sino necesidades y/o consumidores, son indispensables a la hora de remendar nuestro vapuleado sistema representativo.

¿Qué nos queda después de la crisis decembrina? Se ha instalado la incertidumbre en la política nacional, esto invita a mirar el futuro con los ojos atentos, especialmente por el creciente descontento social hacia la clase política toda. Nos queda quizás un gobierno con gestos de izquierda nacional, tenemos un sistema de partidos en ruinas, y aún la inalcanzable, la cuasi utópica idea de ciudadanía plena pensada por Dahl. Hoy, a más de un lustro de aquella crisis, existe amplio consenso respecto a la necesidad de un estado que cumpla con sus funciones indelegables sin descuidar las instituciones que las provean.

Por otro lado, se impuso la idea de la micropolítica, viabilizada por distintas experiencias desde la Sociedad Civil; se supuso, desde algunos sectores enquistados en organizaciones ubicadas en este sector, que reemplazarían la carga de la representación política adscripta históricamente a la Argentina a los partidos políticos.

Sin embargo, si bien los partidos políticos perdieron representatividad, no la ganaron las OS en su multiplicidad de experiencias, no en medida comparable. También, poco antes del 2001, se viabilizaron nuevas formas de democracia denominadas “locales”, experiencias que aproximan los espacios de decisión a los ciudadanos; es un intento por mejorar la calidad de las democracias. Desde el Estado Nacional y algunas provincias, sólo algunas aún, se ensayaron y ensayan dinámicas para que los ciudadanos puedan observar y decidir sobre políticas públicas; sin embargo, el 2001 nos señala otras deudas con la ciudadanía que están muy lejos aún de ser saldadas, la imposibilidad de lograr traspasar la barrera de la igualdad formal.

Más allá de las diversas metodologías de planificación participativa a escala barrial o “intralocal”, los posibles beneficios que se esperaban de las experiencias de participación ciudadana eran, en sus primeros intentos, los siguientes: el logro de mayores niveles de equidad en la asignación de los recursos; la obtención de más y mejores soluciones a los problemas locales; una mejora en el nivel y tipo de relaciones entre la sociedad y el gobierno local; una mayor articulación del gobierno local con las OSC.

Ahora bien, a pesar de los diferentes diseños metodológicos de participación, es necesario destacar que se trata de procesos sociales concretos y que, por lo tanto, dependen de las situaciones y los actores involucrados. Los actores llamados a participar en el

gobierno serían, preferentemente, las asociaciones o grupos de representación de intereses, más que los ciudadanos de forma individual, aunque está claro que pueden, o deberían poder, hacerlo todos los ciudadanos que habiten ese espacio.

La participación de organizaciones es en buena medida fundamental, puesto que constituyen agregados de intereses, de necesidades y de “posicionamientos” sociales sobre las cuestiones a decidir. La naturaleza participativa y el grado de las transformaciones que se puedan obtener son dependientes fundamentalmente de la matriz sociopolítica dominante en cada país y, en particular, del papel que cumplan los partidos políticos en esa matriz de intermediación, tanto como de la fortaleza y capacidad de movilización de la organización social.

A una década de iniciados aquellos ensayos, disponemos de escasos estudios que permitan evaluar la forma en que la sociedad civil se apropió de estas herramientas y el modo en que la participación ciudadana ha impactado en los estilos de gestión municipal. Por lo tanto, estas experiencias gestadas en ciudades como Rosario, en Argentina, e igualmente experiencias anteriores en Brasil, otorgan un campo de análisis indicado para investigar las potencialidades que ofrecen los municipios para promover democracias de proximidad y beneficiarse de la cercanía que es posible a escala local entre representantes y representados (Ford, Pinillos, Sassaroli, Carnet). En este contexto, algunas gestiones locales, como el Municipio de Rosario, decidieron promover la formación de asociaciones y la participación ciudadana. El accionar de las OS a fines de los años noventa, surge de la sobrecarga del gobierno, o de la imposibilidad de poder canalizar las demandas por los canales tradicionales.

Además, por estos años, proliferaron y se multiplicaron experiencias ligadas a las prácticas políticas no institucionalizadas; en consecuencia, Argentina muestra un paisaje participativo heterogéneo. En primer lugar, durante la década del noventa, tal como afirmó Bustelo, la participación ciudadana del sector no lucrativo no alcanzó a cubrir la magnitud de la retracción del Estado en este aspecto (Bustelo, 1995). Si bien las estrategias tendientes hacia nuevas formas de colaboración y partnership entre el sector no lucrativo y el sector público son importantes, no se puede afirmar en absoluto que su desarrollo se esté dando sobre un escenario signado por la ampliación de los beneficios sociales y en el marco de una relación equilibrada que garantice la autonomía y la democratización de la política

social. Por el contrario, estas estrategias estarían actuando más bien en un contexto de fuerte retracción del Estado de sus responsabilidades sociales y del empeoramiento de la cuestión social; y parecerían simplificar las problemáticas de su aplicación en la cuestión económico-administrativa de la eficiencia en el gasto social, soslayando las profundas significaciones sociales y políticas que este modelo tiene en un país como Argentina. Así, mientras que lo político queda más relegado a la burocracia partidocrática y funcional, la sociedad civil, en sus tantas manifestaciones, se constituye como el actor que problematiza lo social; este fenómeno influye en la renuencia a entender la participación en términos políticos y a restringir sus reivindicaciones a lo coyuntural.

Carole Pateman, en su libro *Participación y Teoría Democrática*, de 1970, señaló que la justificación de los procesos de participación democrática reside en su impacto educativo, aunque al mismo tiempo reconoció que muchos de estos efectos educativos aún permanecen desconocidos. Veinticinco años más tarde, Jane Mansbridge dio continuidad al trabajo de Pateman, preguntándose si la participación crea mejores ciudadanos; ella misma respondió positivamente, pero afirmando que no podía probarlo, y tampoco pueden probarlo otros (Lerner y Schugurensky, 2007: 158).

La misma autora agregó que, a pesar de que quienes participan activamente en democracia local a menudo sienten que esa experiencia los ha transformado, es difícil identificar la naturaleza de esos cambios con los instrumentos poco refinados de las ciencias sociales. Apropiándonos de los interrogantes planteados por Pateman y Mansbridge, en los últimos años, algunos autores exploraron los aprendizajes cívicos, competencias políticas y disposiciones democráticas adquiridos por los ciudadanos que han participado en procesos de democracia local.

Al igual que Pateman y Mansbridge, otros pensadores (desde Aristóteles, Rousseau, Machiavello, Mill, y Tocqueville hasta Dewey y Kaufman) han afirmado, implícita o explícitamente, que la democracia participativa tiene un efecto educativo. Sin embargo, como lo indica Mansbridge, rara vez estas afirmaciones han sido apoyadas en evidencia empírica.” (Lerner y Shugurensky, 2007: 159).

A partir de lo señalado, existe cierto acuerdo acerca de la relación entre nivel educativo, por un lado, y participación política y actitudes liberales, por otro. Generalizando, las personas con más años de educación asumen un rol más activo en la

política, son más abiertos, y tienen identidades políticas más claramente definidas, pero la mencionada correlación no necesariamente implica causalidad (Lerner y Shugurensky, 2007).

En esta línea de análisis, los expertos del PNUD, el Banco Mundial, el FMI, la OCDE y otros entes internacionales han insistido en épocas recientes en la importancia de la “governabilidad” y el gobierno eficiente, para lo cual señalan la necesidad de formular normas con participación de la ciudadanía como un aprendizaje para lograrlo. En síntesis, podremos señalar que las OS renacen en el escenario local como un complemento que ayuda a la resolución de conflictos, pero cuando éstos pasan, siguen siendo los instrumentos más útiles para aplicar el régimen de políticas sociales compensatorias, convirtiéndose en la cara comunitaria del neoliberalismo (Petras, 2004: 5).

Más fundamentalmente, la ideología a partir de la que se erigen las OS, la de la actividad privada, socava el sentido de lo público: la idea de que el gobierno tiene una obligación de velar por sus ciudadanos y proveerles vida, libertad y la consecución de la felicidad. Es la responsabilidad política gubernamental, esencial para el bienestar de sus ciudadanos, la que ahora es privatizada por el mismo actor estatal con escasos recursos por mandatos supremos. Haciendo un balance de todo lo anteriormente señalado, se trata de una proliferación de las OS, que fragmentan a las comunidades pobres en agrupaciones sectoriales, incapaces de ver el cuadro social más amplio que les aflige, y menos capaces aún de unirse en la lucha contra el sistema de la corriente neoliberal. Las viejas contradicciones generan nuevos problemas en relación a la exclusión, lo público-político y lo privado-económico; estos son temas no menores por resolver, que abrieron heridas en el diciembre trágico y a los que hoy, a la luz de un nuevo proyecto, no se encuentran las formas de hacerles frente.

En Argentina, la crisis del 2001 creó condiciones para generar políticas que implican una revalorización del Estado, sin embargo, nuevamente nos encontramos con un estilo decisionista al extremo, similar al de los años noventa, como es el caso del gobierno de Néstor Kichner. Hoy puede que la acumulación de poder responda a aquella ausencia de Estado de décadas pasadas; el nuevo proyecto pareciera generar certidumbres de corto plazo, pero generando fuertes incertidumbres a largo plazo. Sin embargo, hay un retorno del pensar en la política como preocupación de la mayoría, y esto es un paso hacia adelante

sin lugar a dudas.

Sin embargo, algunas de las organizaciones que en el 2001, e inmediatamente después, se definían como sociales comenzaron a plantearse la necesidad de vincular su problemática con el modelo político de exclusión que los marginaba de derechos sociales básicos (Rofman, 2002: 111). Así, mientras a partir del 2001, como ya hemos señalado, parte de las OS vinculadas a situaciones de alta vulnerabilidad social desarrollaron sus objetivos sobre la base de una gestión basada en la participación en programas asistenciales vehiculizados por organismos oficiales, algunas, además, intentaron constituirse en interlocutores válidos de los sectores que representaban. Así se obtiene un mapa de participación más complejo, con organizaciones que pugnan por sus derechos sociales pero reconocen sus bases políticas.

Este contexto parece anunciar, según Rosanvallon, los contornos de una nueva era pos-representativa de la democracia, y dentro del mismo, las innovaciones institucionales originadas en el plano local tienen algo para enseñarnos, pues expresan un genuino intento por recrear el vínculo entre representantes y representados y por generar nuevas modalidades de participación, control e involucramiento ciudadano (Rosanvallon, 2007).

Por cierto, el nivel local constituye un terreno propicio, ya que garantiza una cercanía que resulta impensable a escala provincial o nacional, posibilita una mejor sintonía entre las demandas de los ciudadanos y las instancias decisorias, y mayores chances de control y seguimiento de las decisiones.

Sin embargo, es preciso reconocer que la crisis de representación que aqueja a nuestras democracias, y que constituye una de sus principales fuentes de malestar, no se resuelve mágicamente apelando a escalas menores. Lo local no sólo ofrece mayores posibilidades de asegurar proximidad; en ocasiones, también constituye un refugio de relaciones jerárquicas y de patronazgo, potenciando los intercambios particularistas o clientelares, escasamente compatibles con aquella imagen idealizada. Una sociedad con escasa tradición participativa, una trama asociativa débil y una arraigada cultura delegativa no asegura necesariamente una mejor democracia por tratarse sólo de una comunidad pequeña.

Estas reflexiones pretenden, por lo tanto, señalar la responsabilidad que les cabe a las OS, y al Estado local, de construir un espacio público democrático. En Argentina, a

pesar que la gran mayoría de los derechos civiles, políticos y sociales están plasmados en los ordenamientos constitucionales, en la práctica existe una aplicación segmentada de los mismos y una exclusión de facto del Estado de derecho de una enorme proporción de la población y de áreas enteras del aparato de gubernamental.

Pensamos en los sucesos del 2001 como la crónica de un escenario político anunciado, y no como una sorpresa para la academia politológica, y creemos que no se supo construir la “caja de herramientas” necesaria para comprender la crisis y actuar en consecuencia; esta es, quizás, la gran deuda de las ciencias políticas, el no prever la inevitable antinomia, la política contra la sociedad.

1.3. Protesta, movimientos, acciones: las protagonistas de siempre

Como señala Iglesias, las sociedades democráticas del siglo XX, a partir del otorgamiento del sufragio universal, plantean una relación ineludible con lo político, y así deja de existir un momento exclusivo para dicha politización (Iglesias, 2009).

En este sentido, la acción colectiva y las diversas formas en que la misma se expresa constituyen uno de los modos más significativos en que lo social logra politizarse.

Partimos de una perspectiva teórica que entiende que lo político se vincula con diversas formas y que, en lo social, se expresa de forma conflictiva. La conflictividad y las diversas formas en que se politiza lo social constituyen una regularidad en las sociedades democráticas; efectivamente, lo político, en un contexto de democracia, incorpora lo social como una dimensión ineludible para su examen. De acuerdo a esto, partimos de una concepción teórica que coloca en el centro de lo político a la cuestión del conflicto. Teniendo en cuenta esta forma de entender lo político, consideramos que el estudio de la “protesta” resulta ser una forma acabada para captar de qué modo las sociedades se organizan, siendo lo político una forma en que lo social se expresa en una dimensión conflictiva.

Peronismo, socialismo, anarquismo, comunismo, feminismo fueron dando identidad a las organizaciones de lucha y resistencia a lo largo de la historia argentina que expresaron el conflicto social existente. El campo de acción de los nacientes movimientos fue, en primera instancia, un espacio de política no institucional, que inicialmente se asumió como

un territorio defensivo frente a los partidos políticos, ya que sus intereses podían desmovilizar y desorganizar el movimiento. El grupo de actores se aglutinaba a partir de un solo tema, dejando espacio para una amplia diversidad de legitimaciones y creencias entre sus miembros, pero enfatizando sus principios como no negociables, como asegura Claus Offe (1992).

Históricamente, grandes transformaciones institucionales fueron consecuencia de acciones colectivas. Para entender esto, debemos tener en cuenta que las protestas siempre se efectúa como interacción de personas y grupos; operando dentro de las instituciones y prácticas existentes, los participantes aprenden, construyen historia; cada acción es constructora de un relato que dirige y transforma usos subsecuentes de acciones. Algunas investigaciones explican a la acción colectiva como la respuesta a una crisis, mientras otros señalan que puede ser consecuencia de una expresión de conflicto de grupos. De esta manera, vemos que las formas de participación que se multiplicaron en la última década responden al creciente “déficit representativo” (Lesgart y Souroujon, 2008), en muchos casos, con posturas tendientes a despolitizar a los sectores vulnerables.

Antes de los años ochenta, el piquete no era una acción a partir de la cual podía constituirse una identidad política; pero con posterioridad, durante los noventa, su accionar simbolizó un espacio generador de identidad política para aquellos ciudadanos que habían perdido su trabajo en un contexto signado por el desempleo masivo. Los análisis sobre acción colectiva orientados a examinar los “piqueteros” se pueden sintetizar en tres posiciones: por un lado, la perspectiva que aplica el enfoque de la movilización de recursos; por otro lado, la perspectiva de los movimientos sociales; y por último, la perspectiva de la integración social.

Así, como señala Mabel Bellucci, la argentina transitó una larga historia de procesos de violencia institucional. Meses antes de 1976, la desaparición forzada de personas se convirtió en la modalidad vertebral de la represión ejercida por el poder, pero sólo un discreto porcentaje de la sociedad civil en general se vio alertado por estos sucesos; en Argentina, fueron especialmente mujeres. Esto provocó la expulsión de contingentes de mujeres de lo privado a lo público, y fue así como muchas de ellas cumplieron una función reparadora en las heridas que el terror generaba. Dentro de las distintas expresiones que luchaban por la justicia, se encuentran las Madres de Plaza de Mayo, quienes emergieron

por una gran tragedia, lo cual, a su vez, originó un acontecimiento político que atravesaría las fronteras, convirtiendo a las Madres en un emblema de resistencia en el mundo. Encarnaron por largo tiempo la ausencia del Estado como ley y reinventaron el concepto de resistencia; las Madres, desde su condición de mujeres y de madres, enfrentaron el terrorismo de Estado porque la segunda condición, especialmente, les daba la función de cuidar la vida; es a partir de esta definición que se politizan y así se produce un pasaje de madres biológicas a políticas.

En pocos años, el Movimiento de Madres se transformó en un símbolo de justicia, aunque la identidad del movimiento fue configurada en torno al rol tradicional que históricamente el patriarcado le otorgó a la mujer.

Durante la década del noventa, en Argentina, como hemos señalado en apartados anteriores, se han constituido nuevos actores sociales y políticos, cuya lucha ha derivado en la formación de organizaciones permanentes y regulares que han sido denominadas “piqueteras”. El piquete, como medida de fuerza, no resulta ser una medida nada novedosa, ya que fue utilizada por chacareros en la década del veinte (Giarraca y Gras, 2001) así como por el movimiento obrero (Lobato y Suriano, 2003). Fue en esta década, señala Javier Auyero, que las nuevas formas de beligerancia popular transformaron al país en un paisaje de insurgencia colectiva.

Es hacia finales de los años noventa cuando el piquete se vuelve la forma de visibilizar la protesta de las trabajadoras y los trabajadores desocupados sin posibilidad en el mercado laboral. Como señala Marina Farinetti, es en ésta década que el conflicto se desplaza del área industrial al sector público: aumentan los cortes de ruta, disminuyen las huelgas y los reclamos por aumento de salarios, y así se van generando nuevas redes sociales (Farinetti, 1999).

Las teorizaciones de la perspectiva de los movimientos sociales resulta relevantes, ya que los fundamentos teóricos de Melucci y Touraine, por parte de la perspectiva de los movimientos sociales, y el de Castel, para la perspectiva de la integración social son apoyaturas teóricas que constituyen un tipo de análisis que politiza lo social; postulando que existe una primacía de lo político, elemento que interactúa con la construcción identitaria y que, como resultado de esta interacción, muchas veces, la acción colectiva termina formando organizaciones. De modo que, en términos generales, el aspecto positivo

de las teorizaciones sobre la democracia reside en que plantean que lo político no se halla desacoplado de lo social, lo cual permite comprender que entre estos ámbitos existe una relación de mutua incidencia.

Es parte esencial de algunos movimientos sociales el intento por reconstruir una identidad que se ve amenazada frente a los procesos de pauperización y fuerte individuación que se dan como consecuencia de las políticas neoliberales. Siguiendo a Laclau, en este sentido, puede afirmarse que muchas de las protestas surgen en el contexto de formación “de nuevas demandas insatisfechas”, todas ellas vinculadas con la precarización de las relaciones laborales (Laclau, 2005). De esta forma, en sus inicios, la irrupción de los primeros cortes de ruta en reclamo por trabajo aparece como una tímida conformación de una nueva subjetividad construida al calor de la lucha; así, a partir de un todo, la precarización del empleo y las necesidades básicas insatisfechas, se produce el paso de la petición al reclamo, en el contexto de una frontera interna que se constituyó en nuestro país en los años noventa, aunque sus orígenes se remontan a mediados de los años setenta, a partir de las manipuladas transformaciones del mercado laboral.

Hay mucho más, nuevamente en clave laclausiana, que una suma de lazos equivalenciales: los relatos, los actores y las prácticas que surgen en la Argentina posterior a 2001 representan la expansión, en cierta medida, de la lógica de la equivalencia en detrimento de la lógica de la diferencia (Laclau, 2005).

Por otro lado, desde las diferentes organizaciones populares, se construye la identidad en torno de la idea de dignidad; la lucha es lucha por un trabajo digno, por el derecho de los hijos a alimentarse y educarse, por el derecho a la vivienda y el acceso al sistema de salud, no es lo mismo que ser un desocupado o un changarín. Así se va constituyendo un lazo que se fundamenta a partir de esa idea de dignidad; en cierta medida, podemos afirmar que es uno de los significantes que condensa esta nueva identidad popular que se constituye.

Entender que la identidad y la construcción de una nueva subjetividad juegan un rol constitutivo en la acción social es importante para comprender un fenómeno característico de algunos movimientos sociales como es la dimensión prefigurativa en las prácticas y relaciones sociales. Estas prácticas, en algunos actores, están vinculadas a su estructura organizativa, ya que, retomando a Melucci, la forma en que se organizan los movimientos

sociales no es sólo instrumental respecto de sus objetivos, sino que se convierte en un objetivo en sí misma, su forma es un desafío simbólico importante a los patrones dominantes. El movimiento como nuevo medio es el mensaje, practican en el presente el cambio por el cual luchan, y de esta forma, redefinen el significado de la acción social para el conjunto de la sociedad (Mellucci, 1999).

La forma organizativa que construyen los movimientos sociales intenta poner en tensión la democracia de base y la eficacia, a la vez que no intenta repetir modelos sino que busca ir creando nuevas formas capaces de contener ambos principios. Esto se realiza teniendo en cuenta que la organización desde las bases es considerada un principio estratégico que se combina con áreas de trabajo ejecutivas, espacios de discusión y acción, sectores y regionales, en donde se da una articulación multisectorial. También sostienen como principio la autonomía necesaria para fijar su política, priorizan reafirmarse en eso, ya que lo ven como un valor estratégico. Sin embargo, la búsqueda de espacios, de unidad, de proyección política junto a otros sectores, organizaciones o movimientos es indispensable, porque la autonomía no implica el aislamiento, encerrarse en los límites que define la asamblea, y pensar que ahí se está definiendo un territorio libre.

Los movimientos intentan proyectarse junto a todos los demás agrupamientos que surgieron en esta etapa de recomposición en nuestro país; así, la constitución de los piqueteros es fruto de un proceso de resistencia y lucha iniciado en la década del ochenta en la Argentina, producto, a su vez, de las transformaciones socioeconómicas operadas desde el inicio de la última dictadura militar, y profundizadas durante los gobiernos de Carlos Saúl Menem; cuyas principales víctimas fueron los sectores populares. En este sentido, sus demandas forman parte de la cadena equivalencial que conformaron las reclamos del resto de los actores inscriptos en el escenario de diciembre del 2001 (Iglesias, 2009)

Ollas y piquetes populares se apropiaron del espacio público, y agilizaron la salida del gobierno de la Alianza; en este marco se destaca el protagonismo femenino en el corte, en la realización de las comidas para todos, en las acciones que fueron transformando el rol de las mujeres de los sectores populares, muchas jefas de hogar y otras, acompañando a su parejas en la lucha. Así, en algunos años, la cuestión de género sería materia en todas las nuevas expresiones del espacio público que se fueron gestando en el país; esto se produjo de la mano de una clara feminización de la pobreza que aumentó en los años noventa, ellas

lograron feminizar la protesta. En contraste, en un ritmo acompasado por su doble condición de trabajadoras/militantes, las mujeres de las OS feministas fueron acumulando un mayor conocimiento de la teoría y la práctica del feminismo, establecieron vínculos fluidos con las redes temáticas que iban surgiendo en América Latina y adquirieron perfiles institucionales más nítidos que facilitaron su interlocución con agentes externos.

Para cierta línea teórica (Rocchi y Nemichenitzer, 1987), estos actores que surgen en la transición democrática constituyen el resultado de conflictos; estos sujetos reivindicativos llevan adelante un accionar que puede resultar en ruptura o reformas del sistema político. En este sentido, la noción de movimiento aparecía ligada a la toma de conciencia política, al momento de la acción que es el momento de la constitución del movimiento; previo a esto existía la conciencia social.

En la segunda mitad de los años setenta y primera de los ochenta, como señala Jelin, hay tres procesos históricos que se plasman en el accionar público de las latinoamericanas: los procesos de democratización político-social; una creciente movilización y atención internacional hacia las mujeres latinoamericanas; y el cambio en el contexto económico-mundial, la crisis del Estado bienestarista combinada con políticas de ajuste y su impacto social —la crisis golpeó a ambos géneros, pero inequitativamente— (Jelin, 1997).

En los años noventa, las OS dirigidas y protagonizadas por mujeres comenzaron a asumirse como lo que siempre fueron: un centro de trabajo. Fue necesario contar con instrumentos que permitieran rendir cuentas, a la sociedad y a las agencias donantes, de resultados tangibles, de procesos de planificación de actividades, de normas laborales internas en las organizaciones y, ciertamente, del perfilamiento de estructuras jerárquicas en su interior.

Los cambios en las políticas de las Agencias de Cooperación tuvieron también un efecto en la cultura institucional de estas organizaciones pues, para varias de ellas, junto con la “virtud” del activismo militante de las OS latinoamericanas se esperaba también un impacto en las políticas públicas, y los consecuentes resultados concretos a mediano plazo.

En este sentido, podemos establecer que, a partir del 2002, la Argentina se convirtió en un laboratorio de nuevas formas de acción colectiva, visibles en las movilizaciones de los desocupados, el surgimiento de asambleas barriales, la recuperación de fábricas

quebradas y la multiplicación de OS. Durante un tiempo, en este escenario de efervescencia y de cruces sociales inéditos, tendió a imponerse la demanda de solidaridad, pero hacia el 2003, disminuyen las nuevas movilizaciones, se fraccionan las organizaciones de desocupados, las OS son partícipes, de manera creciente, de políticas y acciones de gestión. De esta manera se fueron diluyendo las expectativas de una recomposición política desde abajo, para dar paso a una fuerte demanda de orden y normalidad. En este sentido, Kirchner se hizo eco de este mensaje social, en la medida en que apuntó a encarnar la exigencia creciente de normalidad, tal como aparecía ilustrado en su consigna: “Por un país en serio, por un país normal” (Svampa, 2005).

Si nos remontamos a los orígenes del feminismo latinoamericano, lo encontraremos compuesto por muchos de los actores que se visibilizaron a partir de la virulenta crisis del 2001 o que tomaron protagonismo a partir de dichos sucesos. El Movimiento Feminista se caracterizó por la composición de sus miembros, por los programas levantados; si las mujeres que lo integraron fueron una vanguardia, era en ese espacio donde se dibujaban las prioridades, con una prerrogativa de universalismo que sólo tiempo después develaría sus límites. “Con el énfasis en la identidad y en la sexualidad en un primer momento, y con la vida cotidiana bajo reflectores, las relaciones de poder entre hombres y mujeres se iluminaron bajo el parámetro de relaciones interpersonales, generalmente obviando el análisis de la institucionalización del poder, de las formas como las relaciones sociales de género se engarzaban y articulaban con múltiples otras formas de dominación.”

Las mujeres representan un componente fundamental en la historia del mundo moderno; los distintos análisis realizados sobre el accionar del Movimiento pretenden demostrar que su dependencia en relación a los sistemas político y económico no es estática, sino que, en sus distintas etapas, este actor merece distintas reflexiones. La sociedad civil se refiere a las estructuras de socialización, asociación, y a las formas de comunicación organizadas del mundo de la vida; no es opuesta al Estado o a la economía, sino que existen mediaciones entre estas esferas; sólo cuando las mediaciones fracasan se vuelven antagónicas sus relaciones (Cohen y Arato: 2000), y cuando la sociedad económica impide el verdadero desarrollo de los incentivos colectivos (Olson: 1992) que, en sus orígenes, este actor se planteó.

Así, entendemos que el Movimiento Feminista, casi por inercia, y lejos de haber

podido lograr las condiciones de equidad reclamadas antaño, se encuentra entrampado entre el decisionismo político-económico que reproduce la vigente y renovada estructura patriarcal y los justos reclamos de las bases.

Como señala Teresita Barbieri ante el fenómeno feminista, “mediante el ejercicio de intuición y razón a la vez, las feministas lanzaron una primera hipótesis [...], la subordinación que afecta a todas o casi todas las mujeres es una cuestión de poder, pero éste no se ubica exclusivamente en el Estado y en los aparatos burocráticos. Sería un poder múltiple, localizado en muy diferentes espacios sociales, que puede incluso no vestirse con los ropajes de la autoridad, sino con los más nobles sentimientos de afecto, ternura y amor” (Barbieri, 1993: 2).

Remitiéndonos a la prehistoria del mencionado movimiento, debemos señalar que su etapa embrionaria se establece entre principios del XX hasta entrados los años sesenta; en este período, se lograron reivindicaciones en términos de igualdad civil y jurídica. Comenzados los años setenta, el movimiento de mujeres toma nuevo impulso, a partir de mutaciones en su repertorio social (Tilly: 2000), cuestionando la dominación patriarcal en sus múltiples manifestaciones, desde una identidad negada y no constituida (Kirkwood citada por Fernández, 1994: 20). El feminismo latinoamericano de los años setenta fue urbano, *clase media* e instruido, y actuó como una vanguardia que pretendía cambiar el sentido común de la ciudadanía con un fuerte contenido cultural; fue también un feminismo que se nutrió del discurso de la izquierda, orígenes que se mantuvieron o se diluyeron, aunque sin desaparecer del todo; en varios de nuestros países, las feministas confluyeron con los movimientos ciudadanos en las calles. El primer momento —a partir de 1975, declarado año internacional de la mujer— fue aquel en el que las mujeres latinoamericanas lidiaban con situaciones de silencio, de terrorismo de Estado; así, la coyuntura política apremiante no permitió al Movimiento de Mujeres desarrollar influencias hacia organizaciones estatales rígidas. Pero en 1979, la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), principal instrumento jurídico en el ámbito internacional para promover la igualdad de las mujeres, fue aprobada por las Naciones Unidas.

De esta manera, la segunda ola del feminismo se inicia en la década del sesenta, vinculada a los Movimientos Sociales de la época; en un primer momento, se trata sobre

todo de reacciones individuales ante una situación de desigualdad flagrante, incluso en el seno de los grupos más progresistas de entonces. Lo que se cuestiona en este período son las formas del ejercicio del poder en sus múltiples manifestaciones; el gran desafío tenía que ver con cómo lograr un cambio en la condición femenina modificando las formas tradicionales de acumulación y manipulación del poder (Fernández: 1994).

El Movimiento de Mujeres se reconoce heterogéneo, con presencia desigual en la escena social, con demandas ambiguas y muchas veces contradictorias, expresadas a través de formas tradicionales y novedosas modalidades de lucha que no siempre llegan a articularse. Muchas veces, estos Movimientos no se consideran feministas; significan la lucha consciente y organizada de mujeres y hombres contra el sistema en que vivimos. En primera instancia, la lucha se planteó contra todas las esferas posibles, públicas y privadas, de un orden social que se considera clasista, sexista y racista y que es enfrentado por grupos e individuos que promueven y defienden su agenda independiente de organizaciones gubernamentales, partidos, grupos religiosos o grupos económicos; se comparte el compromiso de luchar contra la subordinación, la discriminación y la violencia promovida por el orden patriarcal. Así, este movimiento marca el modo de aparición, en el espacio público de los países latinoamericanos, de otra desigualdad, y juega el importante rol de dador de identidad política. El feminista se inscribe dentro de los Movimientos que tienen como función revelar nuevas contradicciones e implican la redefinición, involucrando a individuos afectados por determinadas estructuras; este tipo de “actrices” tienen por función revelar los problemas fundamentales de un área determinada. Poseen una misión simbólica o profética, son una especie de medios de comunicación social, luchan por proyectos simbólicos y culturales, por un significado y una orientación diferente de acción social (Melucci, 1999: 70).

En este sentido, Svampa señala: “tratando de plasmar la forma en que se generaron los cambios, se instituyó la categoría de nuevos movimientos sociales, a fin de caracterizar la acción de los movimientos feminista, ecologista, entre los más importantes. Estos movimientos resultaban ser novedosos respecto del movimiento obrero clásico en varios sentidos [...], expresaban una nueva politización de la sociedad, a través de la puesta en público de temáticas y conflictos que tradicionalmente se habían considerado como propios del ámbito privado [...], estos movimientos aparecían como portadores de nuevas prácticas,

orientadas al desarrollo de formas organizativas más flexibles y democráticas...” (Svampa, 2005: 25).

La cuestión fundamental que planteaba el Movimiento Feminista, en tanto nuevo movimiento social, era el reposicionamiento de las mujeres a partir de la ampliación de oportunidades y del incremento de sus recursos. Con matices, en Latinoamérica se registran cambios de actitud respecto de la mujer y sus “temas”. A fines de los setenta, las corrientes feministas se diversifican y va surgiendo un Movimiento amplio, que se empieza a deslindar en parte del feminismo para desarrollar una doble militancia institucional y un trabajo para con mujeres de los sectores populares, trabajadoras, campesinas; ya que en dichos sectores ha prevalecido casi solamente un trabajo a partir de sus necesidades prácticas. En ese tiempo, muchas veces se intentó un traslado automático de los grandes “temas de la mujer” (maternidad libre, sexualidad no controlada) a las habitantes de los barrios populares; como en tantas otras ocasiones, se logró, mediante la movilización y la penetración en los medios de comunicación, un cierto impacto en una audiencia interesada y curiosa por los “derechos de las mujeres”.

Por otra parte, a partir de 1981, se han realizado siete Encuentros Feministas Latinoamericanos y del Caribe que han permitido el reconocimiento de algunos problemas e inquietudes comunes; también finalizando esta década, aunque con algunas excepciones, los grupos de activistas feministas encontraron, en la conformación de OS, un canal institucionalizado de actuación en la década pasada. De esta manera, observamos cómo la movilización dio lugar a espacios de organización permanentes.

En la década del noventa, el Movimiento se academiza y se institucionaliza; llega el tiempo de las políticas sociales de “equidad de género”, de los encuentros y proyectos de mujeres financiados por la ONU y de los programas de micro-crédito del Banco Mundial para las mujeres pobres —programas “oficiales” que conviven con las variadas iniciativas de grupos de feministas que luchan por la autonomía—. También se introducen categorías y conceptos para abordar la problemática, de esta manera, el concepto de género se sustancializa a partir de la intervención académica en el movimiento. Como señala Barbieri, se produce una expansión y búsqueda del concepto de género como categoría que, en lo social, corresponde al sexo anatómico y fisiológico de las ciencias biológicas. “El género es el sexo socialmente construido, definiéndolo como: el conjunto de disposiciones por el que

una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1986, citado en Barbieri, 1993).

A esto se agregaba un proceso de individuación de liderazgos de las mujeres y de las OS feministas, fenómeno que emergía causando no pocos celos, competencias y resquemores. Una acentuada tendencia a incentivar la participación política de las mujeres a partir de la incorporación de la demanda por “cuotas” en las elecciones de tres representantes, y de un mayor interés por el acceso de las líderes sociales a los gobiernos municipales, tomaba cuerpo en las demandas de las feministas.

Si debiéramos resumir los malestares propios de este actor, debemos afirmar que se enraízan alrededor de la identidad del feminismo, de las OS de mujeres, la “Onginización”, nuevo flagelo del feminismo. En varios de los países sudamericanos, las ONG surgieron en el marco de dictaduras militares; en algunos, como una estrategia laboral para los profesionales de las capas medias; en todos ellos, como un reducto para expresar el compromiso social de una generación con sus respectivas colectividades nacionales y su relación con la sociedad política, principalmente, con las maquinarias estatales creadas para atender los asuntos de la mujer.

¿Por qué, entonces, ahora nos sorprendemos por la “onginización” del feminismo? Parecería que lo que está en la base del debate actual no son los canales de expresión adoptados por el feminismo latinoamericano, sino una reflexión inacabada sobre la identidad de las militantes feministas dentro de un centro laboral de mujeres, y la forma en como se han ido resistiendo o entregando al sentido común que se pretende imponer en la región, que equipara la lógica del mercado a la sobrevivencia de la democracia. Sin duda, si se tratara de buscar la “institucionalidad” del feminismo en esta región, ésta se expresaría principalmente a través de las organizaciones no gubernamentales. Las mujeres que las integraron estuvieron entre las voces más articuladas y constantes en la difusión y activismo de las ideas feministas; y este tipo de discusión aparece en un momento de decaimiento de la protesta social en varios de nuestros países. Casi treinta años después de la “segunda ola” del feminismo, existe el reconocimiento verbal y formal de la importancia de los derechos de las mujeres, y desde organismos multilaterales de crédito, apelan a invertir en “la cuestión de género”, adoptando una visión funcional y eficientista, con el

argumento de superar la condición de la mujer para aportar al desarrollo. La fuerza catalizadora con la que surge el Movimiento de Mujeres a causa de las presiones generadas por las setentistas hoy persiste, sin una ferviente crítica a la distribución del poder, pero con la convicción de que hay mucho por reformular. En un sugestivo ensayo, Álvarez señala que aquello que conocíamos como “movimiento” feminista hoy debe ser rastreado en diversos campos discursivos de actuación, amplio, descentralizado, heterogéneo y alejándose de los patrones clásicos de los movimientos sociales (Álvarez, 1998).

El grado de institucionalización alcanzado por este actor en algunos casos generó relaciones muy cercanas con los organismos multilaterales de crédito, así como también con los gobiernos nacionales de cada país; paralelamente, se planteó una de las principales contradicciones del Movimiento: academicismo *versus* basismo.

En resumen, hoy coexisten dos estrategias confrontadas en el Movimiento Feminista latinoamericano; una que reelabora el feminismo transformándolo en un “paquete técnico” desde el cual influir en el Estado y la cooperación internacional; y otra que apela a la pureza y radicalidad del movimiento primigenio; ello generó un segundo malestar por las posiciones consideradas deshermanadas e irreconciliables, pese a que, en realidad, deberían ser engranajes de una misma maquinaria.

A comienzos del siglo XXI, el Movimiento Feminista se encuentra en una situación favorable respecto a la década anterior; el retorno del actor político por excelencia y la presencia, más allá de las formas, de una perspectiva de género en la gestión pública, que impide ignorar los históricos reclamos, permitieron encontrar cierta luz al final de este camino; sin embargo, la historicidad de las peticiones del Movimiento nos da la triste y desalentadora sensación de que estas tres décadas de lucha no tuvieron el suficiente peso específico.

El impacto inicial y agitativo del feminismo se ha diluido, y hoy las movilizaciones callejeras del movimiento son imágenes añejas que se reproducen en los medios de comunicación. El mensaje se ha evaporado detrás de las banderas y las flores; el discurso “en clave de género” oculta verdades esenciales, y las grandes problemáticas analizadas son tratadas, pero poco solucionadas.

Entre los logros más importantes del Movimiento Feminista en la última década del siglo XX, estuvo la visibilidad otorgada al fenómeno de la violencia intrafamiliar; en la

mayoría de los países, también se han desarrollado acciones tanto estatales como no-gubernamentales en favor de las mujeres golpeadas, tales acciones incluyen diversas formas de ayuda y prevención, información, difusión y realización de campañas preventivas; además se brinda apoyo legal y psicológico, y se promueve la formación de monitoras en violencia doméstica entre otras.

El Movimiento ha realizado aportes importantes en términos tanto prácticos como teóricos, tanto para otros movimientos como para experiencias colectivas involucradas con la cuestión de género. Sin embargo, estamos en grado de señalar que los avances generados por la militancia de mujeres y hombres involucrados en la cuestión de género trajo un impacto que, en algunas ocasiones, terminó ghetizando la cuestión del género y debilitando acciones que poseen un tratamiento universal.

Para sintetizar, las nuevas expresiones de protesta multiplicadas y diversificadas a fines de los años noventa en la Argentina reflejan los esfuerzos de reconstrucción de los lazos sociales a través de nuevas formas de organización. Los cambios en las formas del trabajo, en sus dimensiones contractuales y organizativas, sostienen un enfoque más atento a la construcción social de los movimientos, y no sólo a sus formas de protesta y movilización, concebidas aquí como emergentes de una actividad más vasta de creación de lazos y organizaciones sociales (Palomino, 2003). La reflexión de Carlos Vilas coloca sobre el tapete la incidencia de las protestas sociales en los sistemas democráticos, y postula que en las sociedades modernas, la dominación política y las estructuras socio-económicas están sometidas a procesos de determinación recíproca que incluyen la capacidad de la acción política de rediseñar; y no sólo reproducir (Iglesias, 2009).

Capítulo III. Las organizaciones sociales, las políticas públicas

1.1. El rol de las organizaciones sociales en políticas públicas

Podemos establecer que la sociedad civil se transformó en el símbolo de la solidaridad y el cambio social en el espacio público, en el período de la Posguerra Fría, debido a su fuerza evocativa y a su potencial para expresar la esperanza en un mundo mejor. La idea de la sociedad civil ejerce una amplia influencia en los ciudadanos y en el rol que se confieren a sí mismos diversos actores sociales. Más allá de esa fuerza evocativa, hay algunos interrogantes que nos vemos obligados a realizarnos, y es que nos moviliza el saber si las sociedades civiles son capaces de expresar y satisfacer efectivamente las demandas de los ciudadanos; y a su vez, indagar si pueden desempeñar el papel de intermediarias entre los ciudadanos, los grupos sociales y las estructuras del poder político, en un contexto en el que los partidos políticos están cada vez más desvalorizados (Sorj, 2007).

El desencanto con el Estado como principal agente de cambio social, unido al papel central de los medios de comunicación, sin olvidar el individualismo creciente, la fragmentación social y el ascenso del discurso de los derechos humanos o de las identidades grupales, crearon las condiciones para que las OS, a partir de los años setenta, comenzaran a expandirse de manera exponencial. Pero el crecimiento de esta nueva forma política de expresión de la solidaridad no habría sido posible sin una cantidad significativa de recursos de la cooperación internacional.

A fines de la década del setenta, en la mayoría de los países latinoamericanos, la sociedad civil pasó a tener un protagonismo central, en particular, a partir de la lucha contra las dictaduras.

En ese contexto, las OS pasaron a expresar las demandas más variadas y fueron asociadas a los más diversos discursos políticos; para la visión liberal, las organizaciones deben reemplazar parcialmente los servicios de protección social del Estado, mientras que para cierto sector de la izquierda, son el nuevo vehículo para canalizar los reclamos de justicia tras el colapso de la alternativa socialista. Sin embargo, *sotto voce*, desde esta

perspectiva, se reconoce que, pese a su importancia, las organizaciones de la sociedad civil no reemplazan al Estado, que es el espacio donde se define la lucha por la distribución de la riqueza.

Después de un siglo en estado latente, la sociedad civil se volvió un concepto de moda debido a la lucha contra los regímenes militares autoritarios en América Latina y contra los regímenes comunistas totalitarios en Europa oriental. Al cumplirse ese objetivo, todo hacía pensar que la sociedad civil estaba condenada a resultar un fenómeno de corta duración. Pero, lejos de eso, se convirtió en un concepto central de la vida política de las sociedades, tanto desarrolladas como en desarrollo. Como señalan Cohen y Arato, la sociedad civil devino en un importante terreno de la democratización, de la construcción de instituciones democráticas; estos autores contribuyen a los aportes teóricos sobre la sociedad civil realizados a fines del siglo XX, considerando que el concepto de sociedad civil es indispensable para la comprensión de los acontecimientos de fines del siglo XX en América Latina y en Europa Oriental (Cohen y Arato, 2000).

En el caso argentino, los profundos cambios estructurales que vivió nuestro país en las últimas décadas impactaron de manera notoria en las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil. Las transformaciones se verificaron particularmente en el plano económico-social, lo cual deterioró la relación entre la sociedad y sus representantes (De Piero, 2005: 229).

De alguna u otra manera, parte de la dirigencia fue eludiendo sus obligaciones; al malgastar su tiempo conspirando contra sus rivales políticos, tratan de incrementar su propia riqueza, o extienden favores a familia y amigos. Así, en las últimas décadas, hemos asistido a democracias basadas en la premisa de que la persona que gana la elección ejecutiva está autorizada a gobernar como crea conveniente, sólo restringida por las relaciones de poder existentes, y por la limitación constitucional del término de su mandato. En los últimos años, los candidatos se ven a sí mismos como figuras por encima de los partidos políticos y de los intereses organizados, esto sucede porque las democracias delegativas son fuertemente mayoritarias; hay una mayoría que autoriza a alguien a convertirse en la exclusiva corporización e intérprete de los más altos intereses de la Nación (O'Donnell y Schmitter, 1989: 295).

Podríamos decir que los sucesos del 2001 fueron expresión de la profunda crisis que

venía desgarrando a la sociedad argentina desde, por lo menos, mediados de los años noventa; de esta manera, la Argentina sufrió las consecuencias de una recesión económica combinada con el deterioro de todas las formas de sociabilidad y una fenomenal crisis política.

Para Daniel García Delgado (2003), tenemos que observar el 2001 como la ruptura de todos los contratos en el marco de la caída de un modelo económico, político, social y cultural que primó en la Argentina desde, por lo menos, el Proceso militar y tuvo su apogeo en la década de los noventa. Esa ruptura implicó una gran complejidad y diferenciación social, que se corresponde con una creciente autonomización de los subsistemas económico, político, social y cultural. De allí que las demandas al subsistema político se multipliquen y diversifiquen, generando un dilema, difícil de resolver para el sistema político, entre representación y eficacia. Hoy, a más de un lustro de aquella crisis, existe amplio consenso respecto a la necesidad de un Estado que cumpla con sus funciones indelegables sin descuidar las instituciones que las provean. Después del Estado decembrino se ha instalado la incertidumbre en la política nacional, esto invita a mirar el futuro con los ojos atentos, especialmente por el creciente descontento social hacia la clase política toda.

Por otro lado, se impuso la idea de la micropolítica, viabilizada por distintas experiencias desde la Sociedad Civil, suponiéndose, desde algunos sectores enquistados en ésta, que reemplazarían la carga de la representación política adscripta a los partidos. Sin embargo, si bien los partidos políticos perdieron representatividad, no la ganaron las Organizaciones Sociales en su multiplicidad de experiencias, o al menos no les fue posible en medida comparable.

También se viabilizaron nuevas formas de democracia denominadas “locales”, experiencias que intentaron aproximar los espacios de decisión a los ciudadanos, con lo que se construyeron intentos por mejorar la calidad del sistema democrático, que era un reclamo implícito en la unívoca proclama decembrina: “¡Que se vayan todos!”. En consecuencia, desde algunos gobiernos municipales y provinciales, se ensayaron dinámicas para que los ciudadanos pudieran observar e incidir en el diseño, implementación y control de las políticas públicas.

En primer lugar, es bajo el concepto de participación que puede adquirir validez la

categoría de lo público como herramienta de análisis y marco de referencia. La introducción de lo público como una tercera dimensión, que supere la visión dicotómica que enfrenta de manera absoluta lo estatal con lo privado, indudablemente, está vinculada a la necesidad de ofrecer una interpretación distinta de las relaciones entre Estado y sociedad. Lo público constituye un ámbito específico distinto a la esfera política y la esfera estatal: el lugar de la deliberación colectiva de los ciudadanos y la modalidad en que la preocupación ciudadana por el orden social puede actualizar lo político en la política (Cunill y Grau, 1995: 3). La naturaleza participativa y el grado de las transformaciones que se puedan obtener son dependientes fundamentalmente de la matriz sociopolítica dominante en cada país y, en particular, del papel que cumplan los partidos políticos en esa matriz de intermediación, tanto como de la fortaleza y capacidad de movilización de la organización social.

En lo que respecta a participación ciudadana, en nuestro país existieron, en los últimos años, avances en el proceso legislativo (consulta popular, revocatoria de mandatos), el control de servicios públicos (organismos de control de servicios públicos), y la formación de políticas públicas (presupuestos participativos, entre otros); además, proliferaron y se multiplicaron experiencias ligadas a las prácticas políticas no institucionalizadas; en consecuencia, Argentina muestra un paisaje participativo heterogéneo.

Fue durante los años noventa, tal como afirmó Bustelo, que la participación ciudadana del sector no lucrativo no alcanzó a cubrir la magnitud de la retracción del Estado en este aspecto (Bustelo, 1995). Si bien las estrategias tendientes hacia nuevas formas de colaboración y *partnership* entre el sector no lucrativo y el sector público son importantes, no se puede afirmar en absoluto que su desarrollo se esté dando sobre un escenario signado por la ampliación de los beneficios sociales y en el marco de una relación equilibrada que garantice la autonomía y la democratización de la política social. Por el contrario, estas estrategias estarían actuando más bien en un contexto de fuerte retracción del Estado de sus responsabilidades sociales y del empeoramiento de la cuestión social; y parecerían simplificar las problemáticas de su aplicación en la cuestión económico-administrativa de la eficiencia en el gasto social, soslayando las profundas significaciones sociales y políticas que este modelo tiene en un país como Argentina.

En segundo lugar, aparecen singulares formas de participación espontánea y protesta colectiva, en el marco de las ya mencionadas transformaciones económicas y de la crisis institucional. Así se van generando formas de incidir mediante las cuales la gente formula reclamos e interactúa con distintos sectores del Estado y del resto de la sociedad civil.

En muchos casos existió una combinación de acciones de protesta y organización en torno a la dádiva estatal, ésta dicotomía permitió redescubrir los distintos posicionamientos de un mismo actor. Así, los nuevos sujetos y formas de hacer política, más horizontales y dialógicos, tensionan el modelo clásico de lo político como sistema de dominación, y esbozan alternativas que tienen más que ver con la idea de poder como “potencia construida colectivamente entre iguales”.

Esta nueva fachada que fue adquiriendo el espacio público trajo “nuevas” modalidades organizativas, multiplicándose las formas de representar y ser representados; fue decreciendo la importancia de las elecciones, mientras que las dinámicas representativas se complejizaban, ya que también la sociedad lo ha hecho. Estamos ante el incremento de instancias de mediación, y entendemos que es inapropiado utilizar el constructo “crisis de representación” como descriptor de las modificaciones que sufre el sistema representativo argentino en la última década. Lo que surge son organizaciones y acciones colectivas en busca de la providencia perdida, que modifican las relaciones representantes-representados, metamorfoseando nuestro sistema representativo.

Más que de una crisis de representación de lo que se trata es de que se han diversificado, se han ampliado las esferas, efecto, particularmente, de la prescindencia pública y discursiva delarruista y de la mediatización desmedida encabezada por el ex presidente Menem (Lesgart y Souroujon, 2008).

En poco más de diez años, sobresalieron dos fenómenos imbricados; por un lado, se asistió al despliegue de una serie de reformas económicas denominadas “estructurales”, y por el otro, se desataron distintos tipos de manifestaciones que adquirieron una frecuencia inusitada. Consecuentemente, los espacios de participación en el ámbito público se han diversificado, ampliando cuestiones y actividades; un mapa actualizado de las instancias de participación y articulación de intereses mostraría un conjunto numeroso de organizaciones sociales.

De lo señalado, podemos deducir que la denominada “crisis de representación”,

constructo hiperutilizado por la politología en la última década, no es el más acorde para describir la situación del sistema representativo argentino; nos parece pertinente hablar de una crisis de representatividad, siguiendo a Rinesi; en este sentido, este autor postula una cierta pérdida de legitimidad del lazo de representación, y agregaríamos, tradicional (Rinesi, 2007: 7).

En realidad, hoy nos encontramos ante una relación vertical y distante entre representantes y representados, y sin la intervención efectiva de la ciudadanía en los asuntos que la conciernen, a nivel nacional; por eso conviene hablar, en todo caso, de “crisis de representatividad”. Es la creencia en la justicia o en la ventaja de que nuestros representantes estén lejos de nosotros; se ha roto la confianza de que ellos puedan llevar a cabo nuestras expectativas y, por lo tanto, de que puedan ser buenos representantes.

En este sentido, otros autores hablarán de “metamorfosis de la representación”, siendo Manin (1993) el precursor en la elaboración de esta afirmación teórica, seguido entre otros por la argentina Pousadela. Esta autora trabaja el concepto de representación desde la perspectiva del francés, señalando que el problema es la extraña sociedad que se pretendió establecer entre democracia y representación; y como bien sabemos, no necesariamente un sistema representativo va a ser democrático.

Las ideas de crisis y de metamorfosis implican cambios, pero estas situaciones tienen lugar en diferentes formas; la crisis implica ruptura, la metamorfosis es un proceso que se da en forma gradual y previsible. En la Argentina, las mutaciones que se fueron dando en el sistema representativo fueron cíclicas, formando parte de un desarrollo; así fue creciendo la importancia de los medios de comunicación y las encuestas por sobre el debate de las ideas, y entraron en decadencia las antiguas identidades y culturas partidarias; en cierto sentido, pareciera que nuestro sistema representativo se devalúa por las contradicciones internas que van surgiendo.

El escenario nacional hizo frente a la coyuntura de manera diversificada, pero, a grandes rasgos, podemos afirmar que la centralidad de los partidos como agentes de representación ha sido reducida. Diversos grupos de interés han asumido funciones representativas que fueron previamente monopolizadas por los partidos, mientras éstos han retrocedido en su rol de organizadores de la sociedad civil. Esto se debe a la proliferación de los medios de comunicación, hoy las campañas se han profesionalizado, los partidos se

fueron alejando de las bases sociales, restringiendo sus funciones a lo electoral exclusivamente.

En consecuencia, menos votantes se hallan asociados a partidos, aumentando la volatilidad electoral.

En este sentido, los nuevos formatos democráticos, denominados “liberalismos democráticos” (Nun, 2000), “democracias neoliberales” (Przeworski, 1995) o “capitalismos democráticos” (Borón, 2000), requieren que los ciudadanos se preocupen por la política, pero “no tanto” (Castorina, 2007: 71).

En los últimos años los candidatos se ven a si mismo como figuras por encima de los partidos políticos y de los intereses organizados, esto sucede porque las democracias delegativas son fuertemente mayoritarias, una mayoría que autoriza a alguien a convertirse en la exclusiva corporización e interprete de los más altos intereses de la Nación. (O'Donnell y Schmitter, 1989: 295).

Así, mientras que la gestión de lo público queda relegada a la burocracia partidocrática y funcional, la sociedad civil, en sus tantas manifestaciones, se fue constituyendo como el actor que problematiza lo social; este fenómeno influye en la renuencia a entender la participación en términos políticos y restringir sus reivindicaciones a lo coyuntural.

Carole Pateman, en su libro *Participación y Teoría Democrática*, de 1970, señaló que la justificación de los procesos de participación democrática reside en su impacto educativo, aunque al mismo tiempo reconoció que muchos de estos efectos educativos aún permanecen desconocidos. Veinticinco años más tarde, Jane Mansbridge dio continuidad al trabajo de Pateman, preguntándose si la participación crea mejores ciudadanos; ella misma respondió positivamente, pero afirmando que no podía probarlo, y tampoco pueden probarlo otros (Lerner y Schugurensky, 2007: 158).

Apropiándose de los interrogantes planteados por Pateman y Mansbridge en los últimos años, algunos autores exploraron los aprendizajes cívicos, competencias políticas y disposiciones democráticas adquiridos por los ciudadanos que han participado en procesos de democracia local. Precisamente, con las transformaciones acaecidas en las últimas décadas, la participación ciudadana ha comenzado a ser encarada desde perspectivas que la consideran como un “recurso de orden” y un “recurso para la gestión”, tomando las

palabras de Cavarozzi (2000: 214-215).

Ahora bien, como destaca este último autor, si bien en la actualidad han sido desbloqueados los mecanismos que en el pasado latinoamericano impidieron la participación ciudadana en las arenas públicas, esto coincide justamente con un período de retracción y apatía social generalizada frente a la política, que se ha dado al compás de la hegemonía neoliberal y la desarticulación de los Estados de Bienestar, y no como un proceso de cambio progresivo hacia una mejoría de nuestro sistema democrático.

En este contexto, la relación entre el gobierno local y la sociedad civil, o más específicamente, las OS, es mucho más compleja, y va mucho más allá de la generación de políticas públicas participativas. El lazo que los vincula supone, entre otros atributos, la presencia de una combinación peculiar de desigualdad y asimetría de poder. En esta interacción, se evidencian las modificaciones sufridas por la dinámica representativa, particularmente, en los ámbitos locales, en términos de identidad personal y sentimientos y obligaciones interpersonales; esta relación implica la presencia de cierta reciprocidad, “una serie de significados compartidos, que sostienen las acciones de intercambio” (Cardarelli y Rosenfeld, 2002: 7).

Dicho de otro modo, las organizaciones, o gran parte de éstas, participan y representan de manera segmentada, obteniendo beneficios materiales o simbólicos; a su vez, el Gobierno las estimula para asistir a los distintos espacios, tematizar las cuestiones sociales, y canalizar inquietudes y demandas. Mediante la proliferación de las OS en las ciudades, las gestiones locales, en cierta forma, privatizaron la forma de encarar respuestas, dándoles el carácter de lo único posible o de lo que la gente espera.

Se podía observar, poco antes del 2001, que la creciente disponibilidad de fondos públicos provenientes del exterior imponía, casi como condicionante, la inclusión de la sociedad civil en los programas sociales diseñados por el gobierno, ya que existía, y en algún modo hoy persiste, la convicción de que la presencia de este sector incrementa la eficiencia en la administración (Bifarello, 1998). En realidad, en lo que respecta al componente educativo que ponía acento en el protagonismo de las OS y en los programas sociales, estructurando una nueva forma de generar política social basada en la cooperación público-privado, este formato no tuvo un diseño explícito, sino que respondió a una necesidad de cumplir con los organismos multilaterales de crédito, pero sin auténticas

intenciones políticas. En este marco, se diseñaron políticas con la idea de un modelo de gestión articulado entre distintos niveles de Gobierno. Así se realizó un proceso de descentralización que, a menudo, se tradujo en una mera transferencia de deberes y responsabilidades desde la administración central hacia los gobiernos provinciales y locales, sin la correspondiente transferencia de recursos para llevar a cabo lo que las nuevas demandas exigían.

Si bien la descentralización ha llevado la toma de decisiones más cerca de la gente, las gestiones locales son cargadas, frecuentemente, con mayores responsabilidades de las que son capaces de atender. Para complicar la situación, muchas administraciones municipales y o comunales carecen de la autonomía necesaria y deben, además, coordinar sus políticas con aquellas de los niveles más altos de gobierno.

En este contexto, algunas gestiones locales, como el Municipio de Rosario, decidieron promover la formación de asociaciones y la participación ciudadana. El accionar de las OS a fines de los años noventa, surge de la sobrecarga del gobierno, o de la imposibilidad de poder canalizar las demandas por los canales tradicionales.

Las OS renacen en el escenario local como un complemento que ayuda a la resolución de conflictos, pero cuando éstos pasan, siguen siendo los instrumentos más útiles para aplicar el régimen de políticas sociales compensatorias, convirtiéndose en la cara comunitaria del neoliberalismo (Petras, 2004: 5). Las organizaciones de la sociedad civil se ven constreñidas por las necesidades a reformular sus objetivos, sin certezas de estar por el camino indicado, pero el autor de *Modernidad líquida* nos señala que en estos tiempos las certezas y las normas se han roto; la sociedad civil renuncia a sus valores sin garantías de lograr sus propósitos en un tiempo prolongado.

Así vemos que la implementación de dichas políticas generan muchas veces casos de clientelismo burocrático (Corzo Fernández: 2002: 17), donde se intercambian recursos públicos por apoyos funcionales a la débiles democracias; lamentablemente, las organizaciones que luchan por la seguridad, por los derechos de propiedad (en Argentina, las marchas contra el corralito), se posicionan en la vereda opuesta a las organizaciones que pujan por la satisfacción de las necesidades vitales, vivienda, comida, trabajo. Las OS se financian para proveer proyectos de autoayuda, de educación popular y de capacitación laboral con el fin de absorber temporalmente a grupos pequeños de pobres, para cooptar

Líderes locales y para socavar luchas antisistémicas

En este sentido, los actores sociales que reciben financiamiento de organismos multilaterales, en su gran mayoría, se abstienen de las luchas por lo público. Mientras el neoliberalismo ataca a lo público, lo no gubernamental se traduce en “subsidiadas por gobiernos”. Fundamentalmente, la ideología a partir de la que se erigen las OS, la de la actividad privada, socava el sentido de lo público: la idea de que el gobierno tiene una obligación de velar por sus ciudadanos y proveerles vida, libertad y la consecución de la felicidad.

Es la responsabilidad política gubernamental, esencial para el bienestar de sus ciudadanos, la que ahora es privatizada por el mismo actor estatal con escasos recursos por mandatos supremos. Haciendo un balance de todo lo anteriormente señalado, se trata de una proliferación de las OS, que fragmentan a las comunidades pobres en agrupaciones sectoriales, incapaces de ver el cuadro social más amplio que les aflige, y menos capaces aún de unirse en la lucha contra el sistema de la corriente neoliberal. Nace una nueva relación Estado-individuo, que en Argentina se consolida en los noventa, es esa relación entre el Estado que simboliza la autonomía de lo económico y confía al individuo al dominio absoluto del mercado. (Esposito; 2006: 34). Sintetizando, el Estado de Bienestar se derrumba, y en directa relación con los sucesos que se venían desarrollando a nivel mundial, los márgenes de acción estatal se restringen. Así emerge el nuevo modelo el Estado argentino, el neoliberal.

En el mismo sentido, existen numerosas cuestiones que obstaculizan la cogestión entre el actor estatal y sus “nuevos compañeros”, es decir, la sociedad civil; entre dichas cuestiones se pueden enumerar: una tradición para la cual la toma de decisiones ha estado ligada a la administración pública, y la debilidad técnica y presupuestaria de muchas administraciones municipales y provinciales. También, la puja entre organizaciones que se disputan la población objeto como clientela; la debilidad de cierta parte de la Sociedad Civil —particularmente, las organizaciones de base territorial— para interactuar, por su precariedad organizativa, su funcionamiento discontinuo, su desconocimiento de herramientas e información favorables a su crecimiento. Pero más allá de esto, subyacen otras cuestiones, emparentadas con la vinculación entre la sociedad civil y la sociedad política, que dificultan la relación entre los mencionados actores. Esta situación produjo, en

las distintas localidades, la toma de conciencia de su incapacidad de generar valor por parte de las OS, y aun de negociarlo, dependiendo de acciones sobre las que no ejercen el menor control.

Sin embargo, algunas de las organizaciones que en el 2001, e inmediatamente después, se definían como sociales comenzaron a plantearse la necesidad de vincular su problemática con el modelo político de exclusión que los marginaba de derechos sociales básicos (Rofman, 2002: 111). Así, mientras a partir del 2001, como ya hemos señalado, parte de las OS vinculadas a situaciones de alta vulnerabilidad social desarrollaron sus objetivos sobre la base de una gestión basada en la participación en programas asistenciales vehiculizados por organismos oficiales, algunas, además, intentaron constituirse en interlocutores válidos de los sectores que representaban. Así se obtiene un mapa de participación más complejo, con organizaciones que pujan por sus derechos sociales pero reconocen sus bases políticas.

¿A qué responde la proliferación de la participación ciudadana en Argentina? A pesar que la gran mayoría de los derechos civiles, políticos y sociales están plasmados en los ordenamientos constitucionales, en la práctica existe una aplicación segmentada de los mismos y una exclusión de facto del Estado de derecho de una enorme proporción de la población y de áreas enteras del aparato de gubernamental.

Como señalábamos, vivimos una época en la cual las formas tradicionales de gestión política —incluyendo el modelo estatalista de administración del espacio público y las mediaciones entre el Estado y la sociedad ofrecidas por los partidos políticos— se encuentran en jaque, y existe un esfuerzo en el sentido de repensar los principales instrumentos de organización política que fueron predominantes en todo el siglo XX.

Consideramos importante subrayar que, si por un lado las crisis parecen ser inevitables para cualquier sistema político, la inclusión de los ciudadanos en la gestión pública parece ser el remedio más eficaz para evitar que las mismas representen una amenaza para la continuidad del régimen democrático. En este sentido, el surgimiento de las democracias participativas representa un salto de calidad con relación al modelo liberal tradicional, superándolo en lo que probablemente es una de sus principales insuficiencias, la incapacidad de integrar la política pública en la vida cotidiana. Como bien critica Chantal Mouffe: “el pensamiento político de inspiración liberal democrática revela su impotencia

para captar la naturaleza de la política. Pues de lo que aquí se trata es precisamente de lo político y de la posibilidad de erradicar el antagonismo. [...] Allí es donde hay que ver el origen de su ceguera ante el vasto proceso de redefinición de las identidades colectivas y del establecimiento de nuevas fronteras políticas que caracterizan este fin de milenio” (Mouffe, 1996: 12).

De esta forma, el desarrollo de canales de participación que están más allá de la disputa electoral e integran a los ciudadanos en la gestión cotidiana de la política estatal fortalece el compromiso de la sociedad con la estructura política, correctamente repuesta en un espacio público que supera un universo restringido a los partidos políticos competitivos, e igualmente, legitima las acciones impulsadas a partir del Estado. Aquellas prácticas de participación ciudadana y la suerte de estas innovaciones descansan, en buena medida, en la existencia de un poder político comprometido con las mismas y una sociedad civil activa, dispuesta a demandar y usar estos espacios, y por último, en burocracias capaces y motivadas que traduzcan aquella voluntad política y social.

Ni las OS, ni el Estado, ambos protagonistas de la nueva historia de las políticas públicas, estaban totalmente preparados para el rol que debían asumir; en este contexto, la autoridad pública local resultó débil para lograr respuestas viables por sí sola. Así, sin una autoridad pública que exprese el interés común, cada grupo quedaba librado a sus propios intereses inmediatos, aun cuando la orientación al hacer algo sea muy fuerte por parte de las OS. Por otro lado, existen numerosas cuestiones que obstaculizan la cogestión en el Estado y las OS, entre las que se pueden enumerar: una tradición para la cual la toma de decisiones ha estado ligada a la administración pública, la debilidad técnica y presupuestaria de muchas administraciones municipales y provinciales, la poca experiencia de los actores de la sociedad civil. Además de las situaciones inherentes a la sociedad civil, es decir, la puja entre organizaciones que se disputan la población objeto como clientela, la debilidad de algunas OS para interactuar, por su precariedad organizativa, su funcionamiento discontinuo, su desconocimiento de herramientas e información favorables a su crecimiento. Pero más allá de esto, subyacen otras cuestiones emparentadas con la relación entre las OS y los partidos políticos o congregaciones eclesiásticas, que dificultan la relación con el actor estatal.

De esta manera, también el gobierno nacional pone énfasis en las organizaciones,

dejando de lado el resto de los estamentos estatales, y les otorga recursos a cambio de hacerse cargo de la asistencia (comedores, guarderías, etc.); podríamos decir que se trata de un modelo exclusivamente instrumental. En esta etapa histórica de la relación, la fuerza centrífuga del Estado para intercambiar lealtades y recursos con las organizaciones fue inhibiendo otras modalidades de articulación de la acción colectiva, y privatizó la forma de encarar respuestas, dándoles el carácter de lo único posible o de lo que la gente espera (Bustelo, 1995: 74).

Los participantes de las organizaciones territoriales comparten la problemática común de tener que sobrevivir en una sociedad que los excluye de los puestos de trabajo formales y de los derechos sociales básicos. En términos concretos, las principales demandas que, en su comienzo, los llevaron a unirse en asociaciones fueron: la de comida y cuidados básicos de niños, si bien algunas organizaciones incorporaron otras actividades paulatinamente. La estructura asociativa de una organización creada por sus propios beneficiarios difiere de la de otra donde existe disociación entre la condición social de los miembros activos y la condición social en que se desarrollan las prácticas organizacionales; ésta última tiene una estructura interna piramidal, donde son los miembros no afectados quienes coordinan y ocupan los espacios decisorios.

Debemos señalar que hoy los gobiernos ya no pueden considerarse los únicos responsables de proveer servicios sociales; a partir de la imposibilidad de mantener sus compromisos sociales, la responsabilidad por la provisión de bienes públicos ha sido desplazada hacia el nivel local, más allá de que éste último pueda o no hacerse cargo. Este proceso de descentralización es a menudo una mera transferencia de deberes y responsabilidades desde la administración central hacia los gobiernos provinciales y locales, sin la correspondiente transferencia de recursos para llevarlos adelante. Si bien la descentralización ha llevado la toma de decisiones más cerca de la gente, las ciudades son cargadas, frecuentemente, con mayores responsabilidades de las que son capaces de atender; para complicar la situación, muchas administraciones locales carecen de la autonomía necesaria y deben, además, coordinar sus políticas con aquellas de los niveles más altos de gobierno.

Consecuentemente, las autoridades locales decidieron promover la formación de asociaciones y la participación ciudadanas; en cierto modo, el accionar de las OS a fines de

los años noventa surge de la sobrecarga del gobierno nacional. Es un complemento que ayuda para la resolución de conflictos, pero cuando éstos pasan, siguen siendo los instrumentos más útiles para aplicar el régimen de políticas sociales compensatorias, convirtiéndose en la cara comunitaria del neoliberalismo (Petras, 2004: 5).

Lo positivo es que la gestión público-privada se presenta como un modo innovador de organizar los servicios sociales, lo negativo es que el Estado puede absorber a las OS cuando y como quiere, quitándoles la relativa autonomía y capacidad crítica (a aquellas que las posean).

Una consecuencia derivada del rechazo contemporáneo a la representación política, a la cohesión y a la reformulación de las identidades, señala Schnapper, es la multiplicación de identidades y de reclamos por sobre la construcción de lo común: es a título de la identidad privada que se pretende contar en el espacio público. Esta derivación posible hacia el particularismo aparece con facilidad en toda la serie de mecanismos participativos. Ello puede dar lugar al planteo permanente de los problemas particulares de las partes particulares; para decirlo en conexión con nuestra reflexión anterior, afirma la autora: “la representación deja de ser el instrumento de la trascendencia para transformarse en el medio de expresión de las necesidades y las identidades de los ciudadanos” (Schnapper, 2004: 170).

Así vemos como las fronteras entre lo público y lo privado se han diluido, dando lugar a pretensiones particulares, que ponen en jaque al interés general, el cual estaría encarnado en el modelo democrático representativo y las políticas que mediante éste se llevan adelante; lo político es aquella esfera de acciones, discursos e instituciones que, en sus intervenciones, conforma un área común a todos, lo público.

En tal caso, los gobiernos se apropian de ámbitos desarrollados por intereses particulares cuando los mismos comienzan a involucrar y afectar al todo, transformándolos en ámbitos de intereses comunes. Ello supone una “apropiación y conversión de intereses civiles [...] en objeto de su actividad, pero revestidos entonces de la legitimidad que le otorga su contraposición a la sociedad como interés general” (Oszlak, 1982: 19). Así, los gobiernos, en las distintas instancias, poseen, como facultad indelegable, su capacidad de hacer la ley, a través de la cual transforman una cuestión privada en cuestión pública, pretendiendo regular y ordenar dichas esferas de acción.

En la formulación de las demandas, las OS han aprendido a diferenciar problemas pequeños que deben resolverse en áreas locales y problemas grandes que deben resolverse a escala de la ciudad, generando la inclusión de nuevos actores, e importantes cambios personales y organizacionales. Lerner y Schugurensky han demostrado el cambio positivo que la participación implica en las personas, en términos de habilidades, conocimientos y actitudes (Lerner y Schugurensky, 2007: 174). Por su lado, las organizaciones destacan como muy valioso el tránsito de una participación aislada a una actividad más coordinada con otras organizaciones. En este caso, hay un fuerte entrecruzamiento entre vinculación horizontal y tiempo. Estos cambios tienen una relación inversa con los recursos que las personas y las organizaciones traían originalmente, por lo cual la inclusión tiene un fuerte efecto redistributivo por el solo hecho de participar, independientemente de logros estratégicos.

La participación de las OS puede adquirir distintas formas de institucionalidad, y diferente intensidad; existen distintas miradas respecto a estas maneras de intervención social. Por un lado, los liberales jerarquizan el aporte de eficacia y transparencia que supone el involucramiento del tercer sector en la gestión; por otro lado, encontramos los discursos transformadores que visualizan estos emprendimientos como vías para la participación social y la ampliación de ciudadanía de los sectores sociales empobrecidos, destinatarios de los programas, que encuentran así la posibilidad de hacer oír su voz en el proceso de gestión de políticas públicas. Los resultados obtenidos por este tipo de modalidad de gestión son diferentes, ya que se encuentran desde experiencias de efectivo empoderamiento de los grupos destinatarios y de ampliación de los mecanismos democráticos hasta casos donde la participación de los actores sociales se reduce a un involucramiento parcial y tutelado (ICO, 2011).

Sin embargo, casi siempre podemos establecer que optar por formatos participativos para la gestión de las políticas sociales implica revalorizar los recursos y las articulaciones que tienen lugar en el ámbito local, puesto que los actores sociales implicados en la implementación de los programas sociales tienen, generalmente, un fuerte arraigo en el territorio. Ello pone de manifiesto la importancia de la inserción territorial local que, habitualmente, tienen las organizaciones y los proyectos que trabajan en el campo de lo social.

En este sentido, la conformación de estructuras multiactorales de gestión de políticas tiene un fuerte impacto en la institucionalidad local, tanto si fortalece, transforma o debilita las instituciones existentes. Las experiencias efectivas de participación social en la formulación, implementación y control de las políticas estatales, particularmente, en el campo de la intervención social del Estado, se han multiplicado en los últimos años en nuestro país. Estos cambios implican un abanico rico de experiencias de intervención de actores en la gestión de las políticas.

La diversidad de estas experiencias, en términos de formato institucional, actores implicados, niveles de participación, ámbito geográfico de incidencia, es tan amplia que se impone elaborar un esquema orientador que facilite el análisis (ICO, 2011).

La configuración institucional de las modalidades de participación social en la acción estatal está condicionada, en primer lugar, por el momento o la instancia del ciclo de gestión de políticas, que delimita el espacio de intervención de los actores sociales. Así, las estructuras participativas asumen tres modalidades distintas según su campo de intervención refiera al momento de formulación de las políticas, al momento de la implementación o ejecución de las acciones, o a la instancia de evaluación y control de las mismas.

En este sentido, Cunill Grau distingue dos procesos distintos: a) la participación en la formulación de políticas y decisiones públicas, que tiene por objetivo ampliar el espectro de actores implicados en la elaboración y diseño de las políticas; y b) la participación en la gestión de programas o servicios públicos, que da lugar a formas de colaboración de organizaciones de la sociedad civil sólo en la fase de ejecución de las acciones, y es resultado del proceso de transferencia de funciones del Estado a la sociedad (Cunill Grau, 1995). En el caso de las dos organizaciones involucradas en nuestro trabajo, se posicionan en el segundo proceso.

Además de estos tipos de articulación basados en la asociación, esta autora señala que no deben obviarse, dentro de este panorama, las “instancias de confrontación propositiva”, como pueden ser los mecanismos de control social e interpelación política.

En este mismo sentido, la propuesta de Cabrero toma como criterio la intensidad de la participación, e identifica tres modalidades distintas: a) intensidad baja: los beneficiarios se posicionan más en función de receptores que como sujetos, propia de los programas

asistencialistas; b) intensidad media: los ciudadanos se convierten en sujetos actuantes mediante mecanismos de consultas, generación de propuestas y otras modalidades (programas de autoconstrucción, autoempleo, cooperación); y c) intensidad alta: los ciudadanos y beneficiarios asumen una participación estratégica, no sólo son consultados sino que deciden en relación a la orientación y prioridades del programa (Cabrero, 2004).

Tomando la clasificación de este autor, existirían tres tipos de participación social en las políticas públicas, según la instancia del ciclo de la política:

-Participación baja o nula: la única participación habilitada consiste en la recepción de las prestaciones del programa.

-Participación en la ejecución de las acciones: los actores sociales intervienen sólo en tantos ejecutores de actividades diseñadas previamente.

-Participación asociada en la implementación: los actores de la sociedad civil participan en el momento de la implementación, bajo un esquema de gestión asociada con el Estado que les permite intervenir en decisiones respecto de las formas y condiciones de la implementación de los programas.

En el mismo sentido, nos parece destacable que si bien los objetivos de la mayoría de estas organizaciones están orientados al bien común, sostienen valores de solidaridad y se basan en principios de ampliación de la participación social, no puede afirmarse que la totalidad de las asociaciones sociales compartan todos estos principios. Como indica De Piero: “las organizaciones de la sociedad civil no representan un conjunto homogéneo, en casi ninguna dimensión que se pretenda. Aunque en muchos casos efectivamente lo sea, no es necesariamente un espacio de refugio ético ni el depositante del sentido de solidaridad en los tiempos presentes, por definición o por esencia. Se trata, en cualquier caso, de organizaciones que buscan intervenir en la construcción de la agenda pública desde distintas dimensiones y con varias herramientas” (De Piero, 2005: 42).

El análisis de la participación de los actores de la sociedad civil local se fundamenta en la consideración de las políticas sociales locales como campos de gestión de lo público, como espacios para la interacción de los actores locales en función de la elaboración de un proyecto de desarrollo endógeno. Las modalidades de participación social en la gestión de políticas sociales son sumamente amplias y diversas, resultado, como ya señalamos, de la

creciente inclusión de estructuras participativas en el diseño de las políticas sociales en las últimas décadas. Consciente de esta heterogeneidad, el Instituto del Conurbano (ICO), en el marco de los trabajos que viene realizando el equipo de investigación sobre “La dinámica socio-política y administrativa de la formulación de políticas públicas estratégicas de la provincia de Buenos Aires y su implementación en el nivel local de gobierno”, construyó una tipología de mecanismos de participación, en función de dos criterios ordenadores:

El tipo de actores implicados, que distingue entre a) actores individuales que participan en tanto ciudadanos o destinatarios de las acciones y b) actores colectivos, organizaciones sociales u otro tipo de espacio asociativo.

La modalidad de participación, referida al momento del ciclo de las políticas donde se incorporan y al papel que desempeñan los actores no estatales, lo que resulta en cinco categorías: a) participación baja o nula; b) participación en el diseño de las políticas y en las decisiones; c) participación en la implementación a través de la modalidad de gestión tercerizada de servicios o ejecución de actividades; d) participación en la implementación, pero en estructuras de gestión asociada o alianza estratégica; y e) participación en el control y monitoreo.

De la amplia variedad de mecanismos que resultan del cruce de estos criterios, en los programas analizados han encontrado las siguientes categorías:

-Participación baja o nula: los destinatarios son sólo receptores, o cuando su única forma de participar es la contraprestación que exige el programa y no está prevista ninguna forma de participación de organizaciones.

-Organización ejecutora: participa una organización sólo en la ejecución de las actividades o la prestación de los servicios, sin intervención en el diseño socioproductivo; los destinatarios se involucran en la ejecución de las acciones, fundamentalmente, aportando su trabajo como parte de la prestación que reciben, pero sin intervención en las decisiones.

-Gestión asociada: la gestión de la implementación del programa se basa en una asociación entre el municipio u organizaciones de la sociedad civil, quienes toman decisiones en conjunto, aunque sólo referidas a la fase de la implementación.

-Agentes comunitarios: los destinatarios se involucran activamente en la implementación del programa, ejecutando actividades destinadas tanto a sí mismos como a

otros beneficiarios, y tomando decisiones referidas a esta fase de la gestión del mismo.

-Consejos Consultivos: espacios de articulación de organizaciones, implicados principalmente en el seguimiento y control, y con atribuciones para incidir en la ejecución.

En nuestra investigación, nosotros seleccionamos trabajar con aquellas organizaciones que participan mediante el control de la implementación de una política pública determinada. Sin embargo, se debe ser cuidadoso con los actores que usan los mecanismos sociales; el ejercicio de la *accountability* social puede producir resultados que entren en conflicto con las decisiones de la mayoría, o bien podría tener un efecto desigual. Y de acuerdo a la clasificación descrita anteriormente, son organizaciones que participan en el monitoreo, operando como Consejos consultivos, es decir, espacios de articulación de organizaciones, implicados principalmente en el seguimiento y control, y con atribuciones para incidir en la ejecución.

Afirmar que las OS de América Latina pasaron a ser un sustituto del Estado y de sus políticas sociales es insostenible, pues su capacidad de distribuir bienes públicos o sociales es limitada. El desafío para la práctica y la imaginación política no es la posibilidad de que las OS sustituyan al Estado, sino la forma de aumentar su capacidad para transformarse en “compagni” autónomas, o pretendidamente, del Estado; para que suministren proyectos innovadores capaces de ser formulados como políticas sociales y tener una relación más productiva, tanto con el sistema político como con los movimientos sociales. La incapacidad de los sistemas políticos para dar cuenta de las expectativas de la población y de las demandas por derechos sociales puede crear frustraciones y favorecer la acción de líderes sin sustento ideológico. El divorcio entre los productores de demanda (la sociedad civil) y los generadores de resultados (la sociedad política) constituye una fuente de deslegitimación de la democracia representativa, por lo tanto, una mejor articulación entre esos dos subsistemas constituye una cuestión estratégica fundamental para fortalecerla.

Para algunos contribuyentes del “institucionalismo”, con quien no coincidimos plenamente, como Carlos Acuña, son muy claras las ventajas de la participación ciudadana en políticas públicas: la incidencia de las organizaciones trae aparejados opinión, demandas, denuncias, asesoramiento con información contrastada empíricamente. No se puede negar el papel fundamental de los actores sociales en la gestión de determinadas

políticas sociales como así también en la gestión misma (Acuña, 2007). De esta forma, el desarrollo de canales de participación que están más allá de la disputa electoral e integran a los ciudadanos en la gestión cotidiana de la política estatal fortalece el compromiso de la sociedad con la estructura política, correctamente repuesta en un espacio público que supera un universo restringido a los partidos políticos competitivos, e igualmente, legitima las acciones impulsadas a partir del Estado.

Sí acordamos, con Cabrero, en que la profunda transformación del campo de las políticas sociales ha dado lugar a tres fenómenos nuevos: “Por una parte, el Estado central en plena reconversión económica y fiscal, descentraliza la política social. Por otra parte, y derivado de lo anterior, la política social deja atrás su visión unívoca y monolítica, surge un repertorio diverso de políticas concebidas cada una de ellas de diferente manera. Por último, se detona una creciente aparición de actores diversos entre los que se encuentran los diferentes niveles de gobierno, diversos grupos sociales, organismos no gubernamentales, asociaciones privadas, ciudadanos comunes, fundaciones internacionales, religiosas, etcétera” (Cabrero, 2004: 116). Este diagnóstico da cuenta de tres grandes cambios: la descentralización, la diversificación de la oferta de programas, y la expansión de estrategias multiactorales de gestión de las políticas (ICO, 2011).

1.2. El caso de INDESO

INDESO se autocaracteriza como una asociación civil sin fines de lucro con personería jurídica N°489/87, fundada en la ciudad de Rosario en el año 1984, con el objetivo de trabajar por la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer y el reconocimiento de sus derechos.

INDESO Mujer es el Instituto de Estudios Jurídico Sociales de la Mujer, y se describe como una organización de mujeres feministas cuya tarea se focaliza en la generación de una sociedad más justa, equitativa, solidaria y democrática, sin discriminaciones ni exclusiones de ningún tipo, y que trabaja asimismo por el respeto de los derechos humanos. La organización funciona como un espacio de participación, intervención, formación, reflexión, capacitación y comunicación que aporta, desde una perspectiva de género, a la modificación de las relaciones de subordinación existentes en nuestra sociedad. Al trabajo

diario, esta organización trata de sumarle la articulación con otras organizaciones sociales y personas a partir de acuerdos básicos, redefiniendo los conceptos de democracia, justicia e igualdad desde una perspectiva de género.

En la actualidad, la comisión directiva esta integrada por: Noemí Chiarotti, Edith Capurro, Susana Moncalvillo, Natalia Suárez, Mercedes Pagnutti, Cecilia Ancín, Silvia Oviedo, Inés Córdoba, Giulia Seminara, Carolina Suárez, Luciana Seminara, Valeria Llazca.

Entre las acciones destacables y la participación política de INDESO se encuentran: el apoyo a la elaboración e implementación de políticas públicas con perspectiva de género; impulsar e instrumentar, junto a otras organizaciones, mecanismos de consulta y de participación popular local, provincial y nacional (audiencias públicas, consultas populares, presupuesto participativo, etc.); participar del movimiento de mujeres local y nacional, articulando acciones con otras organizaciones de mujeres; impulsar iniciativas que tiendan a un ejercicio pleno de la ciudadanía por parte de las mujeres, el respeto por los derechos humanos y la vigencia efectiva de la igualdad entre varones y mujeres.

La organización ofrece un espacio de formación y capacitación en género, derechos de las mujeres, prevención y tratamiento de la violencia, derechos sexuales y reproductivos, participación ciudadana, desarrollo del poder local, participación y liderazgos. Particularmente, este espacio está dedicado a mujeres trabajadoras, docentes de EGB y Polimodal, funcionarios de gobierno, OS, dirigentes sociales y políticas, consejeras del presupuesto participativo (existe un convenio con Municipalidad de Rosario) y beneficiarias de planes sociales (existe un convenio con la Municipalidad, otro con la Universidad Nacional de Rosario y otro con el Gobierno de la Provincia de Santa Fe).

Así, siguiendo las clasificaciones tradicionales, en la que Bifarello —entre otros—, ha realizado interesantes aportes, INSGENAR se inscribe en las denominadas Organizaciones de apoyo, siendo aquellas creadas por un grupo de personas con el objetivo de ayudar a otros, entidades de prestación de servicios sociales, organizaciones de defensa de derechos y centros académicos.

De acuerdo a la clasificación que elegimos, INSGENAR es una Organización de promoción de derechos; son organizaciones cuya finalidad primordial es la defensa y extensión de derechos y valores universales o de categorías sociales particulares. En este

plano general, aunque pueden existir organizaciones que asumen todos o varios de estos fines, entendemos que alguno de ellos prevalece en la configuración de la identidad de esta organización, y a partir de allí la clasificamos.

La organización posee dos publicaciones periódicas, Otras Voces y los cuadernillos temáticos La Chancleta. Además, INDESO ha intervenido en la edición y publicación de investigaciones sobre la situación de las mujeres y sus derechos en distintas campañas de sensibilización en medios gráficos y radiales. Trabajó en la Guía, una publicación en conjunto de la Municipalidad de Rosario, el Gobierno de Santa Fe, la Casa de la Mujer e INDESO Mujer. En el mismo sentido, posee un centro de documentación y biblioteca especializado en temática de mujeres.

En sus orígenes, la organización se dedicó particularmente a la atención jurídica y psicológica especializada en la perspectiva de género; además de contar con un servicio especializado en violencia (Sevim) para la asistencia y asesoramiento psicológico y jurídico. También contaba con un espacio de capacitación en prevención y tratamiento de la violencia, salud, derechos humanos de las mujeres, ciudadanía, participación, derechos sexuales y reproductivos y derechos de las mujeres a través de cursos y seminarios; asimismo, estaba dedicada a la formación de Consejeras Legales.

Desde 1987 hasta el 2010, en el Centro de Mujeres Juana Azurduy, del Barrio Empalme Graneros de la ciudad de Rosario, promovió un espacio de participación, intervención, formación, reflexión, capacitación y comunicación. Este centro fue creado entre INDESO Mujer y vecinas del barrio, y en el mismo se trabajó desde una perspectiva de género, con la intención de mejorar las condiciones de vida de las mujeres.

INDESO participó desde sus orígenes en las acciones que implicaran incidencia en la legislación nacional en materia de derechos humanos; así fue en la reforma de la Constitución Nacional (1994). Asimismo colaboró en la reglamentación de la Ley de Violencia Familiar Provincial y de ordenanzas Municipales de Registro de deudores alimentarios, anticoncepción de emergencia, el Plan Municipal de Igualdad de Oportunidades, protección de la Infancia frente al abuso sexual.

En el mismo sentido, participó en la consulta popular FRENAPPO (Frente nacional contra la pobreza), en la Consulta Popular sobre el Alca, la Deuda, la Militarización y la Pobreza; y en una cantidad importante de acciones de denuncia, movilizaciones, petitorios,

marchas, campañas locales y nacionales; en fin, acciones colectivas llevadas adelante a los fines de cumplir con los objetivos planteados.

Respecto a su participación en referencia a otros actores con características movimientistas, formaron parte del Movimiento social de mujeres, integrando las comisiones organizadoras del 4° y 18° Encuentro Nacional de Mujeres, realizados en Rosario, en los años 1989 y 2003 respectivamente. También colaboraron en la organización del 5° Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe de 1990, en San Bernardo, Argentina.

Entre los años setenta y ochenta, en algunos países de América del Sur, las mujeres que militaban en el Movimiento de Mujeres mantuvieron una compacta desconfianza hacia el sistema político invadido por gobiernos dictatoriales. Desde sus OS apoyaron, con asesoría y capacitación, a grupos de mujeres (sindicatos, pobladoras) y se involucraron, con diversos matices, en la protesta nacional que exigía una ampliación de los espacios de participación ciudadana. En ese tiempo, muchas veces se intentó un traslado automático de los grandes “temas de la mujer” (maternidad libre, sexualidad no controlada) a las habitantes de los barrios populares; así como en tantas otras ocasiones se logró, mediante la movilización y la penetración en los medios de comunicación, un cierto impacto en una audiencia interesada y curiosa por los “derechos de las mujeres”.

Por otra parte, a partir de 1981, se han realizado siete Encuentros Feministas Latinoamericanos y del Caribe que han permitido el reconocimiento de algunos problemas e inquietudes comunes. También finalizando esta década, aunque con algunas excepciones, los grupos de activistas feministas encontraron en la conformación de OS un canal institucionalizado de actuación en la década pasada. De esta manera, observamos cómo la movilización dio lugar a espacios de organización permanentes, en lo que proliferaron las alianzas entre las organizaciones con objetivos similares, tal como en el caso de los actores involucrados en nuestra investigación.

El trabajo en red posee una importancia no menor en esta organización, y trabaja mancomunadamente con la Red Amuyen, un espacio de organizaciones sociales integrado por: Acción Educativa, CANOA, CENEPP, FEC, IDEP, INCUPO, INDESO Mujer y Nueva Tierra.

La participación en el Programa Mercosur Social y Solidario lo realizan junto a

Amuyen y CEDAC; CENTRAC y Polis, de Brasil; ECO y PET, de Chile; SEPa, Decidamos y CDE, de Paraguay; CCU y CPP, de Uruguay.

También hay una participación proactiva de INDESO en el Consejo Asesor del Área Mujer de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario; de nuestro encuentro con la Mg. Ana Koldorf, referente del Programa PIO, dependiente de la mencionada área, hay una importante participación de las OS en general en las temáticas de género. De hecho, el Consejo Asesor del PIO está integrado por distintos actores sociales rosarinos que acercan sus preocupaciones sobre el tema; el inconveniente, afirma Ana, que supera las capacidades de la secretaría y de las OS es el presupuesto; generalmente, desde las instancias de decisión se resuelve lo políticamente correcto. Así, Koldorf sintetiza estableciendo que “a los contadores se les dificulta comprender la perspectiva de género, lo patriarcal nos atraviesa”.

Existe cierto proceso de aprendizaje, aún incipiente, en las organizadas que trabajan en red, en términos de lucha por los derechos sociales, de discusión en las asambleas, de discernimiento entre lo más o menos conveniente para ellas, inexistente en el resto. El término “red” que proviene, quizás en un sentido figurado, de “labor o tejido de mallas”, o por extracción del lenguaje de la computación, es el que se está imponiendo en nuestro país y en Latinoamérica para designar la urdimbre de organizaciones que estamos estudiando. Con fines aclaratorios, se puede afirmar que las redes son formas de intercambio de información permanente, de experiencias y de conocimientos.

A la hora de hablar de recursos, INDESO se encuentra financiada por Trocaire; esta es una organización Irlandesa de origen católico que trabaja en los países en desarrollo y los denominados sudesarrollados para mejorar la calidad de vida de su ciudadanía. En el mismo sentido, Development and Peace es el organismo oficial de solidaridad internacional de la Iglesia católica canadiense y miembro de Caritas internacional, que tiene como visión trabajar por un mundo más justo, cuyos objetivos de desarrollo y paz están inspirados en los valores del Evangelio, y particularmente dedicados a apoyar las acciones de los países del sur dedicados a lograr mejoras en sus condiciones de vida. Asimismo, la organización se encuentra comprometida en concienciar a los ciudadanos canadienses en el desequilibrio norte-sur. GIZ, que es una empresa de servicios holandesa que otorga subsidios en el marco de un programa de responsabilidad social empresaria, persigue como objetivos la equidad

de género, la implementación de políticas sensibles a la familia, el comportamiento ético, la transparencia, entre otros. Diakonia es otra financiadora; se trata de una organización sueca de cooperación internacional que colabora con más de treinta países; su objetivo es que se reconozca el derecho de todas las personas a vivir con dignidad. CCFD Tierra Solidaria es otra organización que también colabora sosteniendo INDESO Mujer, está compuesta por movimientos y servicios de la Iglesia. Posee una estructura permanente de ciento setenta empleados, en París y en cada región. Para llevar a cabo esta misión, el CCFD actúa de dos maneras: apoyando las iniciativas de desarrollo y sensibilizando a la opinión pública hacia la solidaridad internacional. Otra entidad que colabora con la organización es Brot für die Welt, programa diseñado por la Iglesia Protestante Alemana, que trabaja particularmente por lograr mejores niveles de equidad en las poblaciones más pobres. UNIFEM: la ONU trabaja hace décadas desde este espacio para lograr mejores niveles de equidad entre hombres y mujeres. Por último, también colabora con INDESO el movimiento ecuménico Women's World Day of Prayer, que surge en el siglo XIX en Estados Unidos y Canadá, donde se dedica a sostener la labor de las mujeres dedicadas al movimiento.

Las Redes son formas de interacción social en las que se realiza un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones. Es una red espacio en permanente construcción que intenta organizarse para potenciar recursos. En una red suelen compartirse intereses, preocupaciones o necesidades; la organización participa de algunas redes que ayudan a potenciar el trabajo que realizan, principalmente, se vinculan con Amuyen; Espacio de Organizaciones Sociales; Programa MERCOSUR Social y Solidario y con MAR (Mujeres Autoconvocadas Rosario).

Amuyen (construyendo juntos), se origina en el 2008 cuando un grupo de organizaciones sociales de distintos lugares del país comenzaron a trabajar en red con el objetivo de aportar a la construcción de una democracia real, participativa y solidaria. Está integrado por organizaciones que trabajan distintas temáticas en diferentes territorios: Acción Educativa y Canoa, en la ciudad de Santa Fe; Centro Nueva Tierra e IDEP (Instituto de Estudios de Estado y Participación), de la ciudad de Buenos Aires; INDESO Mujer, de Rosario; INCUPO (Instituto de Cultura Popular), de Chaco y Santa Fe; FEC (Fundación Ecuménica de Cuyo), de Mendoza; y CENEPP (Centro de Estudios Populares Participativos), de Santiago del Estero. Trabajan para los grupos o sectores discriminados

que se movilizan por la reivindicación de sus derechos y que se caracterizan por su heterogeneidad y la horizontalidad en su construcción y funcionamiento. Consideran que la identidad y la dimensión cultural de los diversos movimientos sociales son un eje importante a tener en cuenta a la hora de pensar en su articulación, por eso creen que es imprescindible el respeto por la diversidad en la construcción de lo colectivo.

El acceso a fondos es un tema muy sensible para las OS, y sus cambiantes circunstancias parecen traer importantes dificultades; las organizaciones más grandes tienden a capturar y monopolizar el financiamiento que viene desde afuera, y el resto de las organizaciones tienen pocas posibilidades de acceder a fuentes de financiamientos duraderos. Esta situación generó un alto nivel de competencia por la captación de los escasos recursos, al punto de que algunos integrantes reclaman la creación de sistemas de evaluación y control desde las propias OS y el establecimiento de códigos de ética para desarrollar la búsqueda de recursos. En este mismo sentido, las cambiantes modas de financiamiento de los organismos internacionales obligan a los distintos actores a poseer un importante margen de flexibilidad; esto deja a las organizaciones muy vulnerables a la construcción externa, y ello actúa en detrimento de proyectos no elegibles y afecta el poder de sostener temporalmente muchas iniciativas y de mantener las motivaciones institucionales que las vieron nacer (Filmus, 1997).

Por otro lado, algunas organizaciones, las más antiguas, reciben donaciones de empresas nacionales, pero particularmente de las transnacionales; también obtienen subsidios de organismos de financiamiento internacional, tales como el Banco Mundial y el BID, siempre con la mediación del gobierno nacional, provincial o municipal.

Podríamos establecer que, en nuestro país “la mano invisible”, desde arriba, devasta a las comunidades, inundando los respectivos países con importaciones baratas, extrayendo el pago de deuda externa, aboliendo la legislación laboral protectora del trabajo y produciendo una masa creciente de obreros a bajo sueldo y mano de obra desempleada. Por otro lado, desde abajo, las OS son financiadas para proveer proyectos de autoayuda, de educación popular y de capacitación laboral, para absorber temporalmente a grupos en situación de vulnerabilidad económica, para cooptar líderes locales y para socavar luchas antisistémicas. Las organizaciones, muchas veces desconociéndolo, se convirtieron en la cara comunitaria del neoliberalismo, complementando el trabajo destructivo de éste con

proyectos locales.

Así vemos como las OS que reciben subsidios de los organismos multilaterales de crédito se abstienen, generalmente, de las luchas por lo público, mientras el neoliberalismo lo ataca; lo no gubernamental se traduce en “subsidiadas por gobiernos”.

En contra de la noción de responsabilidad pública, los organismos multilaterales de crédito, y algunos gobiernos, fomentaron la idea de responsabilidad privada o social para los problemas, y enfatizaron la importancia de los recursos privados para resolver éstos problemas.

La idea de responsabilidad social alude a un modelo estratégico de gestión que contempla los impactos económicos, sociales y ambientales derivados de la actividad cotidiana de una empresa, implicando, por tanto, el compromiso renovado de la misma con la comunidad, con su entorno y con todos sus públicos de interés.

La definición más simple de RSE es la que nos propuso Bradley Googins, del Boston College, en su Conferencia dictada en Córdoba, en mayo del año 2003, donde afirmó que RSE es “el impacto total de la empresa en la sociedad. Ese impacto es el que debe ser conocido, reconocido, gestionado y comunicado por la empresa a sus públicos de interés. Algunos años después, el Instituto Ethos definió la RSE como la capacidad de crear y de acrecentar relaciones de calidad con todos los públicos de interés que posee la empresa como organización social: “Responsabilidad Social Empresarial es la forma de gestión definida por la relación ética y transparente de la empresa con todos los públicos con los cuales se relaciona, y por el establecimiento de metas empresariales compatibles con el desarrollo sustentable de la sociedad; preservando recursos ambientales y culturales para las futuras generaciones, respetando la diversidad y promoviendo la reducción de las desigualdades sociales.

1.2.1. El trabajo de la organización respecto a la salud sexual

Para INDESOMujer la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano; el desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, cariño y amor. La sexualidad se construye mediante la interacción entre el individuo y las estructuras sociales,

y el desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Así, sostienen que los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, la dignidad y la igualdad de todos los seres humanos. La salud sexual es un derecho fundamental, y por lo tanto, debe ser un derecho humano básico; en consecuencia, la salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales.

La premisa guía del accionar de INDESO sostiene que los derechos sexuales y reproductivos son universales, pero asumen diversos significados según los contextos sociales y culturales. Cuando INDESO se refiere a “Violencia contra la mujer”, lo hace en relación a cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como en el privado (Convención de Belén do Pará, 1994).

La violencia hacia la mujer es una forma de ejercicio del poder, mediante el empleo de la fuerza física, económica, sexual; muchas veces la violencia es usada para castigar y hacerse obedecer, para imponer el poder de quien manda, y establece un modelo de conducta donde reina el temor; las consecuencias de la violencia contra la mujer abarcan todos los aspectos de su vida.

La organización también viene trabajando en los últimos tiempos en el Presupuesto Sensible al género. Un presupuesto es la planificación de los ingresos y gastos dentro de las familias, las empresas y las organizaciones; el presupuesto público es el que elaboran los Estados. Todo gasto público afecta de forma diferente a varones y mujeres, pero, al realizar un presupuesto, muchas veces se ignoran las inequidades, por eso afirma INDESO que hay presupuestos ciegos al género. Entonces, un presupuesto sensible al género es aquel que reconoce las inequidades y destina fondos para abordarlas. En este sentido, UNIFEM trabaja en función de poder introducir el enfoque de género en los presupuestos públicos; así, las organizaciones tienen la obligación de monitorear la asignación y ejecución presupuestaria, solicitar rendiciones de cuenta y que la información proporcionada sea clara; influenciar para que los presupuestos sean tenidos en cuenta en la agenda pública y en los espacios de decisión; trabajar por la inclusión. El accionar de INDESO mujer tiene distintos ejes; las campañas de violencia contra la mujer se remontan a 1999, era la primera vez que en Rosario una OS trataba de dar visibilidad a la mencionada problemática. El

objetivo se logró: además de poder concientizar a la población, el tema forma parte de la agenda estatal, esto fue posible gracias al trabajo en red con otras organizaciones europeas.

1.3. El caso de INGENAR

El instituto de Género, Derecho y Desarrollo o más conocido como INSGENAR, realiza, desde el año 1997, acciones para impulsar a Rosario, Ciudad de Derechos Humanos, conjuntamente con PDHRE (Movimiento de los Pueblos para la Educación en Derechos Humanos), en el marco del Plan de Acción Internacional del Decenio de las Naciones Unidas para la Educación en los Derechos Humanos. Esta propuesta se basó en la articulación entre instituciones de la comunidad, interesadas todas en promover el respeto a los derechos humanos, la equidad y la paz. La misión de INGENAR es fomentar democracias reales basadas en la plena participación ciudadana de hombres y mujeres. Desde esta organización se procura promover el cambio de actitudes, procedimientos y prácticas culturales, tanto de instituciones como de personas, para que los Derechos Humanos se encarnen en la vida cotidiana de las personas sin discriminación por sexo, edad, origen étnico, condición social o cualquier otra causa. Desde INSGENAR se trabaja en la educación en Derechos Humanos con un enfoque género-sensitivo. Se piensa que el conocimiento de nuestros propios Derechos Humanos es el primer paso para cerrar la brecha que existe entre los Derechos consagrados en los tratados internacionales y la posibilidad de disfrutarlos tanto en lo público como en lo privado.

Esta organización se articula con el CLADEM (Comité latinoamericano y del Caribe para la defensa de los Derechos de la mujer); y con el PDHRE, que es el movimiento de los Pueblos para la Educación en los Derechos Humanos. Es miembro asesor consultivo del Programa de Procreación Responsable del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia de Santa Fe y miembro del Consejo Asesor de la comisión de Derechos Humanos del Consejo Deliberante de la Ciudad de Rosario y del consejo asesor del Área de la Mujer de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario.

El INSGENAR trabaja en relación a distintas líneas de acción: investigación y sistematización; edición y difusión de materiales y elementos de capacitación; organización

de actividades de capacitación en los derechos humanos y los derechos de la mujer; participación en actividades de monitoreo del cumplimiento de los compromisos asumidos por los gobiernos local, provincial y nacional con relación a los derechos de las mujeres y las niñas; asesoramiento, diseño, evaluación y monitoreo de políticas e iniciativas legales. La organización trabaja brindando, igualmente, servicios y recursos: capacitación en talleres, charlas, encuentros y seminarios; además de materiales didácticos sobre derechos humanos (videos, artículos, afiches y libros, etc.)

INSGENAR tiene un importante centro de documentación instituto que incluye obras sobre la situación de la mujer (estadísticas, investigaciones, contactos) y de los derechos humanos (convenciones, tratados, y materiales sobre teoría y práctica de derechos humanos). Los materiales están disponibles en inglés y castellano, y tratan distintas temáticas entre las que podemos incluir: ambiente, paz y conflictos armados, ciudadanía, desarrollo, educación, derechos humanos, medios de comunicación, género, infancia y adolescencia, pobreza, movimiento de mujeres, políticas estatales, historia, planificación y metodología, teoría feminista, reproducción, derechos reproductivos, salud reproductiva, derechos sexuales, orientaciones sexuales, trabajo, violencia, tercera edad, religión. Asimismo, se pueden encontrar videos y juegos didácticos para el desarrollo de talleres.

Susana Chiarotti, abogada con posgrado en derecho de familia, es la fundadora y directora de INSGENAR. Es, además, co-fundadora del CEJIS (Centro de Estudios Jurídicos y Sociales), de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, dedicado a la defensa de los derechos humanos, especialmente de poblaciones rurales y de pueblos originarios. Desde el año 1984, participa en la creación de varias organizaciones de derechos humanos y derechos de las mujeres en la ciudad de Rosario. En 1996, fue elegida coordinadora del Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), y hoy es responsable de la materia electiva “Salud y Derechos Humanos”, de la Facultad de Medicina, y del seminario sobre “Género y Derecho”, de la Maestría de Género, ambas en la Universidad Nacional de Rosario. Además, integra el CEVI, Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belem do Pará, que funciona dentro del ámbito de la OEA.

Entre los integrantes de INSGENAR, también se encuentran Viviana Della Siega, coordinadora de “Rosario, Ciudad de Derechos Humanos”, quien es Comunicadora social,

responsable del área Prensa y el área Mujer de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe, casa Rosario. María Dolores Saraví Palacios, responsable de relaciones públicas del Centro de Documentación y administración, y docente de EGB; además de participar activamente en el movimiento de las mujeres, es encargada de la administración general de la ONG. También es responsable del Centro de Documentación. La profesora Marcela Chiarotti Balista es capacitadora y docente en historia; comparte las actividades de capacitación y sensibilización, con las de coordinación de proyectos de la institución. Gloria Schuster, capacitadora e investigadora docente, Magíster en Problemática de Género, poder y Sociedad de la Universidad de Rosario. Participa en la capacitación y también en investigaciones; específicamente, en temas relacionados con Derechos Sexuales Reproductivos y Violencia contra las Mujeres y sus aspectos sociojurídicos. Emiliano Casal, dentro del instituto, se dedica a la capacitación en varias provincias del país; es estudiante de ciencia política de la UNR y ha participado en numerosas actividades de capacitación. La licenciada y profesora en historia Ana Vadalá es integrante del Área Niñez y Adolescencia, ingresó a INSGENAR en el 2005, en calidad de capacitadora. Este espacio lo comparte con la profesora Beatriz Mackinno, capacitadora a través de talleres, charlas y cursos en escuelas medias, que brinda tanto a docentes como a alumnos. En este mismo espacio, se desempeña como capacitadora Olinda Quiñones, Licenciada y Profesora de Historia, quien a partir del año 2005, ingresa al Instituto INSGENAR. A cargo de la realización de talleres sobre educación y capacitación en derechos humanos para alumnos y docentes, se encuentra Pablo Camilo Mellace Parada, actor y clown; desde el año 2000, realiza permanentes intercambios de técnicas y experiencias con distintos grupos, de distintas disciplinas artísticas y entrenamiento Corporal. Susana Arminchiardi es trabajadora social, jefa del Servicio de Trabajo Social del Hospital Roque Sáenz Peña, desde el año 1993 hasta la fecha; se desempeña como capacitadora e investigadora en el instituto. Es integrante del Comité Asesor del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Santa Fe, desde el año 2003 hasta la fecha. Coordinadora del Comité de Lactancia Materna del Hospital Roque Sáenz Peña. El INSGENAR mantiene dos listas de difusión de temas relacionados a los derechos de las mujeres y las niñas, la lista género, donde se difunden asuntos relacionados con los derechos de las mujeres en general, y la lista género-salud-DDHH. Esta se encuentra específicamente dedicada a temas que tienen

que ver con la atención a la salud reproductiva de las mujeres y sus derechos sexuales en los efectores e instituciones.

1.3.1. INSGENAR y la violencia durante la dictadura (1976-1983)

CLADEM e INSGENAR, con distintas presentaciones ante la justicia, se proponen mostrar que las agresiones cometidas contra la integridad sexual de las personas víctimas del terrorismo de Estado producido en nuestro país entre 1975 y 1983, constituyen delitos de lesa humanidad, lo cuales deben ser investigados, juzgados y sancionados como tales.

La violencia sexual fue parte del plan criminal y constituyó un instrumento más de ataque, lo mismo que los golpes y el uso de la picana; coincidiremos con el análisis de la organización, que establece que todos estos elementos causan dolor, producen efectos de control y disciplinamiento, tanto para las víctimas como para el resto de la sociedad. La violencia sexual fue invisibilizada por diferentes razones, una de ellas son los sentimientos de vergüenza y culpa, el temor, así como la estigmatización que hace la sociedad de las víctimas de estos delitos. El juzgar estos crímenes se relaciona con la obligación internacional del Estado de juzgar a los responsables de los delitos de lesa humanidad, así como de respetar el derecho al acceso a la justicia y reparación a todas las víctimas sin discriminación de ningún tipo, en particular aquellas motivadas en razón del género.

El Estado argentino ha asumido frente a la comunidad internacional la obligación de reparar el daño causado a las víctimas de violaciones a los derechos humanos, y una de las medidas a esa reparación, señala INSGENAR, es el castigo a los responsables.

CLADEM e INSGENAR, con la presentación del *amicus curiae*, se proponen comprobar, como ya se dijo, que las agresiones cometidas contra la integridad sexual de las personas víctimas del terrorismo de Estado, producidas entre 1975 y 1983, constituyen delitos de lesa humanidad, los cuales deben ser investigados, juzgados y sancionados como tales.

Fruto de un trabajo conjunto y gracias a la colaboración invaluable de las víctimas que accedieron a dar sus testimonios, INSGENAR y CLADEM sacaron, en 2011, una publicación titulada “Grietas en el silencio, una investigación sobre la violencia sexual en el marco del terrorismo de Estado”. Este trabajo se realizó en el marco del Programa del

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres.

CLADEM es quien vigila la aplicación de los tratados internacionales de derechos humanos en los países de la región y la suya es una de las tareas de incidencia para promover su cumplimiento. Asimismo, el INSGENAR participa anualmente de encuentros nacionales e internacionales de defensores de los derechos humanos y, particularmente, en aquellas actividades y eventos que llaman a luchar contra la violencia de género como una violación a los derechos humanos. En el mismo sentido, realizó una guía de capacitación de los Derechos de las Mujeres de Pueblos Originarios; este texto fue escrito para trabajar en el 3º Encuentro de mujeres jóvenes de estos pueblos, realizado en Rosario en el 2011, organizado por INSGENAR, con el apoyo de ONU Mujeres y Global Fund for Women.

Junto a las integrantes de MAR, el Instituto continúa reclamando: la investigación y sanción penal, por parte de la justicia santafesina, a los autores de femicidios y lesbicidios; la jerarquización del Área de la Mujer de la Municipalidad de Rosario, asignando mayor presupuesto y recursos profesionales y presupuestarios; la dotación de mayor presupuesto e incorporación de profesionales a la Dirección Provincial de la Mujer; la reglamentación en la provincia de la Ley Nacional Nº 26.485 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”; la creación de Servicios de Atención Integral y gratuito a mujeres víctimas de violencia de género, en dependencias del poder judicial y dependencias municipales; el cumplimiento efectivo de la Ley de Educación Sexual Integral. Se exige, igualmente, la asignación de los recursos presupuestarios y profesionales para hacer frente a la demanda en toda la provincia; la implementación, por parte del Ministerio de Salud, de las políticas necesarias para que en todos los efectores públicos de salud de la provincia se practiquen los abortos no punibles; la puesta en marcha de políticas públicas de empleo con perspectiva de género que garanticen la autonomía económica de las mujeres; la promoción de acciones y campañas educativas para la no discriminación de las mujeres por su condición sexual, etnia, nacionalidad, clase social, edad, en cualquier ámbito, sea público o privado; la investigación y condena a los autores de todos los abusos sexuales y secuestros de mujeres, niñas y adolescentes; el desmantelamiento de las redes de trata de mujeres con fines de explotación sexual y laboral.

1.3.2. Proyectos de la organización

El INSGENAR posee y participa de distintos proyectos: Observatorio de Género, Salud y Derechos Humanos; Rosario, Ciudad de Derechos Humanos; Mujeres Indígenas y Acceso a la Justicia.

En este sentido, debemos señalar que la violencia de género es una de las violaciones a los Derechos humanos y a las libertades fundamentales que más afecta a mujeres y niños; ésta impacta en las personas alterando gravemente sus capacidades y posibilidades de desarrollo, individual y social, y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de la vida. Se denomina violencia de género a la violencia física, sexual y psicológica contra la mujer, que es manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales establecidas entre hombres y mujeres. Por lo tanto, tiene en el componente cultural su gran pilar y factor de perpetuación, el costo de tal violencia se refleja en datos concretos.

En la primavera del 2010, el INSGENAR anuncia la edición del Manual por el derecho a una vida sin violencia, escrito por Susana Chiarotti. La publicación hace hincapié en la comprensión de la violencia hacia las mujeres como una violación a los derechos humanos. Con un lenguaje simple y claro, se explican conceptos básicos sobre violencia contra las mujeres: qué es, en qué espacios se manifiesta, qué efectos tiene sobre mujeres y niñas; y se agregan consejos prácticos sobre cómo actuar frente a ella. En el mes de abril de 2011, sale el libro “¿Todo Bien? Adolescentes y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva”; esta publicación implica un aporte a la construcción de una cultura de derechos humanos en la atención de la salud de las mujeres. Realizado en el marco del Proyecto Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos, es un estudio de carácter exploratorio y cualitativo sobre el trato que reciben las y los adolescentes en los servicios de asesoramiento y atención en salud sexual y reproductiva. También se analiza si son confiables, amigables y seguros, cuáles son las barreras que presentan a su acceso y si cumplen con los estándares internacionales en la materia; dicho estudio fue realizado con el apoyo de UNFPA, el Fondo de Población de Naciones Unidas, y La Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres.

En julio del mismo año, el instituto ya había publicado Por el derecho a vivir una

vida sin violencia, editado con el apoyo financiero de la Unión Europea. Casi en paralelo, se publica el manual para erradicar la violencia contra las mujeres, Formación de defensores de derechos humanos, que fue editado por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, y producido especialmente para el Encuentro de Formación de Defensoras de Derechos Humanos entre Mujeres de Pueblos Originarios; en él se analiza detalladamente la Ley N° 26485 de la República Argentina, Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en todos los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

En el mismo año, esta organización logra trabajar en forma conjunta con otras organizaciones y con el Consejo Municipal para que se respete el derecho a una salud sexual y procreación responsable de todas las mujeres en todos los efectores públicos de salud municipal.

Gracias a las intervenciones del Instituto de Legisladores provinciales e integrantes de otras organizaciones de mujeres, se logró investigar la explotación de la prostitución ajena en algunos locales nocturnos de la ciudad, tales como la “Rosa”, y el “Palacio Berlusconi”; esta causa estuvo a cargo del fiscal Valdés Tietjen.

De acuerdo a la Ley N° 26.364, entendemos por “trata de persona”, la captación, el transporte y/o el traslado, ya sea dentro del país, desde o hacia el exterior, la acogida o la recepción de personas mayores de dieciocho años de edad, con fines de explotación, cuando mediare engaño, fraude, violencia, amenaza o cualquier medio de intimidación o coerción, abuso de autoridad o de una situación de vulnerabilidad, concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre la víctima, aun cuando existiere asentimiento de ésta.

Es decir que la trata de personas es un proceso que incluye diversas acciones: el reclutamiento o secuestro, el traslado (ya sea dentro de un mismo país, o entre diferentes países), la recepción y alojamiento de la víctima en el lugar de destino, y su explotación en un contexto de amenazas, engaño, coacción y violencia. Esta secuencia de acciones es llevada a cabo por redes o asociaciones criminales (redes de tratantes) cuyos diferentes miembros identifican y reclutan a las futuras víctimas; organizan, gestionan y financian su traslado; son dueños, administradores o regentes de los lugares donde las explotan, o alquilan a las víctimas a terceros a cambio de una renta. Los tratantes se aseguran, mediante

amenazas, engaños, deudas y violencia, que las víctimas no puedan —o crean que no pueden— salir de su situación de esclavitud. En general, los tratantes retienen los documentos de las víctimas como una forma más de coacción. En el caso de extranjeros y extranjeras, les amenazan con la deportación o la cárcel. A nivel mundial, se estima que más del 90% de las víctimas de trata son mujeres, niñas y adolescentes explotadas sexualmente. Respecto a la trata para explotación laboral, las víctimas —varones y mujeres por igual— se ven forzadas a trabajar en condiciones inhumanas en talleres textiles clandestinos, agricultura, pesqueras, ladrilleras, servicio doméstico, etc. Otras finalidades de explotación son los matrimonios serviles, mendicidad y la extracción de órganos.

Durante al año 2009, la organización participó en el armado de distintas actividades, colaborando en el Seminario “Construyendo una cultura de Derechos Humanos en la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres”, llevado a cabo en Tucumán en el mes de agosto. En el mismo año, trabajó en la exposición de cierre de talleres de PROMUSIDA.

A los fines de establecer un diagnóstico sobre la problemática de la salud sexual y las condiciones para su atención, en el sentido referido por Laura Pautassi, la OS INSGENAR ha elaborado distintos informes, abordando la atención en los efectores de salud públicos, el trato del personal de hospitales y otros espacios de atención en salud reproductiva. La organización realizó dos informes; el último fue publicado a mediados de este año, mientras que la primera publicación fue en el 2003, a partir de la información obtenida mediante una investigación originada en el 2001 cuando, junto al CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer), se realizó dicha investigación como reacción frente a malos tratos recibidos por un joven en un centro de salud reproductiva de la ciudad de Rosario; así se originó el Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos.

El trabajo etnográfico realizado por la mencionada organización consistió en entrevistas a usuarias y usuarios, la realización de talleres con profesionales de la salud que llevaron a elaborar propuestas y estrategias para aportar soluciones, tales como: impulsar educación en derechos humanos para los trabajadores de la salud; continuar con acciones de difusión sobre los derechos de las mujeres; informar a las mujeres y hombres de sus derechos, formando una cadena multiplicadora; promover la autocrítica y la capacitación dentro del sistema de salud sexual y reproductiva; requerir la implementación de cátedras

de derechos humanos con perspectiva de género en carreras de medicina y enfermería; efectuar evaluaciones periódicas de los trabajadores de la salud por parte de los beneficiarios; incrementar mecanismos de control para el sistema de salud reproductivo.

El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos constituyó el Premio “Buenas Prácticas Cecilia Grierson” para promocionar las experiencias positivas en el trato que las mujeres reciben en los servicios de Salud sexual y reproductiva. Con este premio, INSGENAR busca difundir actitudes, prácticas y metodologías respetuosas de los derechos y la dignidad de las mujeres que acuden a los efectores de salud.

Respecto al financiamiento de ambas organizaciones, nos parece significativo señalar que frecuentemente los organismos internacionales desarrollan criterios de evaluación y de control de gestión de los fondos particularmente, lo que refuerza tanto el problema del financiamiento diferenciado como el de excesiva flexibilización de la organización. Frente a esta situación, algunas OS se abstienen de participar en políticas públicas. Hacia fines de los años noventa, frente al agravamiento de la cuestión social, las fundaciones europeas que financiaban proyectos con fines filantrópicos comenzaron a sostener proyectos de carácter social.

Podemos establecer que la demanda de las OS para financiamiento gira en torno a tres ejes: primero, el relacionado con los múltiples objetivos de estos organismos; el segundo, vinculado con la concepción del voluntariado; y el tercero, asociado a la categorización de Argentina para la implementación de programas de lucha contra la pobreza. Aunque debemos ser conscientes, como señala Rofman, de que el financiamiento de las actividades y los servicios que presta la organización constituye el punto más crítico en la gestión de las instituciones, y esta cuestión está en estrecha relación con la capacidad institucional de la organización, incidiendo en la autonomía para decidir el curso de acción y la sostenibilidad de la organización y sus actividades. Queda claro que el valor y el impacto institucional de fondos externos es una cuestión que merece un análisis mucho más exhaustivo, aunque es preciso comprender que las interacciones entre los actores gubernamentales y las organizaciones están influenciadas y limitadas por aquéllos (Rofman, 2002).

1.4. El caso del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

y las OS

Tal como señalamos precedentemente, bajo la nueva era de los gobiernos democráticos de principios del siglo XXI, se produjo una creciente apertura de la escena pública, en la que se advierte un mayor protagonismo de la sociedad civil. Con la tendencia hacia una gestión por resultados, se ha hecho más visible para los ciudadanos la naturaleza de los bienes y servicios que pueden demandar al Estado y han aumentado los mecanismos e instancias de responsabilización de sus agentes. Por su parte, los procesos de descentralización han acercado al plano local y municipal numerosas gestiones que antes se hallaban a cargo del Estado nacional o de su instancia subnacional inmediata, lo que permite una intervención más directa de los ciudadanos en el diseño de políticas públicas y en el control de la gestión.

La participación social, popular, comunitaria, ciudadana son distintas formas de nominar un proceso según el cual determinados actores de la sociedad civil se movilizan, se “activan”, irrumpen en el escenario público e intentan influir sobre las reglas y procesos que enmarcan sus condiciones de existencia y reproducción.

La recuperación de la democracia en Argentina vino acompañada de una agenda pública que alentaba por igual el fortalecimiento de la sociedad civil y la democratización del Estado. Aunque en los años noventa se asistió a un creciente activismo cívico de nuevo cuño, la discusión en torno al Estado se concentró en su dimensión económica y administrativa, dejando pendiente aquella aspiración inicial que buscaba tornarlo más público y abierto. En la reforma del Estado encarada en esos años, el componente destructivo prevaleció sobre el creativo, al tiempo que mostró un marcado desequilibrio entre las reformas pro-mercado, con un Estado mínimo y más “ahorrativo”, y aquellas otras iniciativas orientadas a institucionalizar nuevas modalidades de participación y control ciudadano.

En esta lógica, algunos municipios argentinos fueron escenario de incipientes y alentadoras experiencias de participación ciudadana impulsadas por los propios gobiernos locales (Robin *et al.*, 2008).

Así fue que, a partir de la reforma del Estado nacional verificada en la década del noventa, los niveles subnacionales de gobierno, provincias y municipios se encontraron,

crecientemente, desarrollando políticas públicas, viéndose en la necesidad de asumir desafíos en gestión que hasta ese entonces eran solucionados por el gobierno nacional. Tanto la ampliación y diversificación de la agenda de cuestiones, como el desarrollo de configuraciones sociales asociadas con nuevas problemáticas tendieron a poner en cuestión las formas tradicionales de intervención desde el sector público, reclamando innovaciones en las modalidades de desarrollo de las políticas públicas, particularmente, en lo referido a mecanismos de interacción política y de gestión, que los Estados subnacionales no siempre estuvieron en condiciones de instrumentar.

A una década de iniciados los primeros ensayos, aún no se han realizado evaluaciones profundas desde la ciencia política sobre la forma en que la sociedad civil se ha apropiado de estas herramientas, como tampoco del modo en que la participación ciudadana ha impactado en la gestión municipal y en su estructura administrativa. En este sentido, entendemos que el examen de los procesos de configuración y reproducción de las relaciones en el plano institucional y de la gestión, así como respecto de las formas de articulación Estado-sociedad en espacios locales y metropolitanos, constituyen aspectos significativos para una mejor comprensión de la viabilidad e impacto de las políticas públicas.

Es así que debemos rever los análisis, en términos de las relaciones entre los gobiernos y la sociedad civil, a la luz de un rol más activo en el proceso de implementación de las políticas y que ha logrado reconvertir la oferta provincial y nacional en una propuesta más acorde con las necesidades locales. Es de destacar, también, la importancia creciente que han asumido los diseños participativos de las políticas sociales, orientación que ha llevado a incorporar a actores no estatales en la implementación de las políticas (Rofman y Villar, 2006).

Por lo tanto, estas experiencias gestadas en Rosario, proporcionan un campo de análisis propicio para indagar las potencialidades que ofrecen los municipios para promover democracias de proximidad. En este sentido, el PSSyPR nos pareció un recurso significativo para analizar los encuentros y desencuentros entre las OS y los gobiernos locales. Si bien esta es una política pública diseñada por Nación, su implementación toma la forma otorgada por los diferentes territorios provinciales y administraciones locales.

La expedición de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

(2002) crea, por primera vez en el país, un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; esta norma también obliga a garantizar el acceso a estos métodos a través del plan médico obligatorio (PMO) en la seguridad social.

La implementación de esta ley fue fundamental para mejorar el estado de salud materno-infantil, en especial en los sectores de menores ingresos. Para alcanzar estos fines fue necesaria su reglamentación, así como definir la coordinación interministerial requerida, en particular con el sector educación; aprobar y ejecutar a nivel nacional los recursos presupuestarios suficientes que sirvan como incentivo y complemento para los esfuerzos subnacionales; y asegurar que se realice un cuidadoso monitoreo y evaluación del programa, introduciendo oportunamente los ajustes del caso para alcanzar los resultados esperados.

En términos de garantizar la anticoncepción a la población de menores recursos, el componente programático del PSSyPR establece ciertos criterios prioritarios de inclusión de las usuarias, para otorgar gratuitamente el método anticonceptivo adecuado y de común acuerdo con las mujeres asistidas. Ellos son: mujeres adolescentes (menores de 20 años); mujeres con 4 hijos o más; mujeres con HIV/SIDA; mujeres con antecedentes de enfermedades que compliquen el embarazo, parto o puerperio; mujeres con aborto reciente en el momento de la consulta.

La IV Conferencia de la Mujer en Beijing, en 1995, produjo un documento donde se planteó una educación no discriminatoria de la mujer y, acorde con ello, la eliminación de todas las barreras que impidan la asistencia a la escuela de las adolescentes embarazadas y madres jóvenes.

Distintos documentos de las Naciones Unidas tratan acerca de diferentes tópicos relacionados con la sexualidad, tales son: enseñanza de educación sexual y de salud reproductiva en la educación formal; decisión libre del número y espaciamiento de hijos en las parejas y prevención de los abortos mediante programas de planificación familiar; reconocimiento de las necesidades específicas de los adolescentes y jóvenes respecto a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) entre ellas el VIH/SIDA y la especial vulnerabilidad de las niñas a estas infecciones.

La República Argentina avanzó significativamente en el proceso de cumplimiento de las recomendaciones realizadas por los Organismos Internacionales de Derechos Humanos

en el sentido de ampliar formalmente el acceso igualitario a la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual y fortalecer los mecanismos de protección y defensa de los derechos humanos.

En nuestro país, el Gobierno Nacional había dictado el Decreto N° 659 (28/02/77), por el cual prohibió toda acción directa o indirectamente relacionada con la planificación familiar, incluyendo la receta por triplicado en la comercialización y venta de productos medicinales anticonceptivos. De este modo, se formalizaba en ese momento una política implícita pronatalista que fue sostenida por años.

En materia de sexualidad y reproducción, las mujeres en Argentina tienen un promedio de 2,4 hijos/as a lo largo de su vida reproductiva, con importantes diferencias de acuerdo con el nivel socioeconómico y la jurisdicción. Las tasas más altas se observan entre las mujeres más pobres y en las regiones más postergadas del país. Así, el 39% de las mujeres de los hogares no pobres no tienen hijos o hijas, y entre las que los tienen, el 84% tiene entre uno/a y tres, y solo el 16% tiene cuatro y más. En contraste, el 29% de las mujeres de los hogares pobres no tienen hijos; entre las que sí los tienen, el 41% tiene cuatro o más.

Por otra parte, respecto de las diferencias regionales, las mujeres de la ciudad de Buenos Aires tienen en promedio 1,37 hijos/as, cifra que asciende a 2,8 en la provincia de Formosa.

Los datos expuestos dan cuenta de las desigualdades que existen en el momento de ejercer los derechos sexuales y reproductivos a lo largo de todo el país; así, el proceso de sanción de normas en este campo no estuvo exento de problemas, situación que recién pudo modificarse en octubre de 2002, cuando el Congreso sancionó la Ley N° 25.673, que dio vida al mencionado programa, salvando, de este modo, un vacío en políticas públicas que garantizaran a los y las ciudadanas de todo el país información y cuidado en materia de salud sexual.

Al momento de la sanción de la mencionada ley nacional, numerosas provincias ya habían aprobado alguna disposición sobre salud reproductiva, como es el caso de la provincia de Santa Fe, y aquellas que no contaban con ninguna o cuyas normas habían sido vetadas por el poder político, se adhirieron al programa nacional (Pautassi y Zibecchi, 2010). El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, vigente desde el mes de mayo de 2003, se propone mejorar la satisfacción de la demanda y adopta un

enfoque preventivo y de riesgo, instrumentando acciones tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial. Cabe destacar que considera a los niños y niñas beneficiarios directos de la atención de la salud del más alto nivel, sin excepción ni discriminación alguna, señalando que en las consultas de los adolescentes menores de 14 años se procurará la asistencia de un adulto; las personas menores de edad tendrán “derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo con su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad”. (Pautassi, 2009).

Asimismo establece que, a pedido de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, se deberá prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados. Serán las personas beneficiarias, una vez que hayan sido suficientemente informados sobre sus características, riesgos y eventuales consecuencias, quienes elegirán el método anticonceptivo. También se dispuso que los beneficiarios de obras sociales tengan derecho a la cobertura del 100% a cargo del agente del Seguro de Salud de un listado importante de anticonceptivos (Pautassi, 2009). Por otra parte, la discusión acerca de la legalización del aborto queda pendiente, reiterándose sistemáticamente posiciones fundamentalistas y en contra de un debate serio y fundado; vasta con ver las estadísticas de aborto inducido: se calcula que se realizan entre 500 mil y 700 mil abortos por año, en una población de alrededor de 37 millones de habitantes y casi 700 mil nacimientos anuales, de acuerdo con lo señalado por especialistas, ya que no hay cifras oficiales.

Así la Ley 25.673 tiene como premisa alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia. En este mismo sentido, se propone garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, como así también potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. El Ministerio de Salud, en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente, tendrá a su cargo la

capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios, a fin de formar agentes aptos para mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud; contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa; promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa; detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital y mamario.

En paralelo, se constituye del Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; el mismo tiene como misión conformar un espacio de diálogo y cooperación entre el Programa Nacional y las asociaciones científicas y profesionales, representantes de agencias de Naciones Unidas, sector educativo y OS especializadas en la temática para el análisis y debate de los principales temas que competen al área, así como también para la elaboración de líneas de acción posibles.

De la misma manera, se genera el espacio de Monitoreo Social con importantes avances en torno a la construcción de un espacio institucional y sistemático tendiente a analizar los resultados de los monitoreos llevados a cabo por el propio Programa y por el Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos (CoNDeRS).

El CoNDeRS es un consorcio que tiene como objetivo monitorear las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva en la Argentina; este espacio nuclea a más de trescientas organizaciones de mujeres, jóvenes, asociaciones vecinales, grupos académicos, comunicadores sociales y otros, y tiene un comité coordinador conformado por el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) Argentina, la Fundación para el Estudio de la Mujer (FEIM), el Foro por los Derechos Reproductivos (ForoDDRR) y la Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva (REDNAC). Sus principales objetivos son: realizar y promover actividades de control ciudadano sobre las políticas públicas en salud sexual y reproductiva a nivel nacional, provincial y local; impulsar una cultura de monitoreo social sistemático sobre el Estado, como parte de los derechos y deberes de la ciudadanía; promover una participación

cada vez más amplia y activa entre diversas organizaciones y personas de la sociedad civil, sin distinciones, que compartan estos objetivos y marcos de referencia.

El CoNDeRS se autodefine como una organización colectiva para monitorear las políticas públicas en salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos, con perspectiva de género. Asimismo, entiende el monitoreo social como una actividad ciudadana destinada a vigilar al Estado en sus distintos niveles: nacional, provincial y local, como también las políticas públicas en general; las leyes, programas, servicios, presupuestos y las prácticas deben ser objeto de una vigilancia política que detecte en qué medida son adecuadas para satisfacer las necesidades de la población. Para ello, se requiere acceso transparente a la información, diagnósticos, capacidad de incidencia y planes de trabajo.

Para el CoNDeRS, el monitoreo social implica la construcción y aplicación colectiva de herramientas y mecanismos para vigilar la atención de la salud sexual y reproductiva con un enfoque integral y preventivo a través de la sociedad civil: y en virtud de ello, debe ser ejercido por toda la sociedad civil en todo momento, y especialmente por los usuarios y usuarias de los servicios. Se promueve su realización a través de la articulación de organizaciones no gubernamentales o grupos de mujeres, derechos humanos, jóvenes y otros, que se vinculan con los organismos gubernamentales responsables de la atención de la salud sexual y reproductiva.

El objetivo general de este espacio es generar un vínculo de trabajo periódico con el CoNDeRS, compuesto por todas aquellas organizaciones y personas que desean monitorear las acciones que prevé la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionada en octubre de 2002, defendiendo la garantía de los derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género. Es posible ser miembro titular o pleno —lo que implica estar en contacto permanente, responder encuestas periódicas, enviar información, realizar acciones de monitoreo y participar de los seminarios y o jornadas que organiza el consejo—, o adherente —éste sólo recibe el boletín electrónico—.

Hoy son 549 integrantes titulares que componen el Consejo lo que realizan acciones de monitoreo; también existen grupos articulados que están desarrollando planes de trabajo sistemáticos en varias provincias, entre ellas Córdoba, Entre Ríos, Formosa, Mendoza, Santa Cruz, Santa Fe y Santiago del Estero.

Además se propone brindar información y recursos para monitorear los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) de Argentina, para que se respeten los derechos sexuales y reproductivos DSR, a organizaciones y ciudadanos interesados por la temática; a través de su servicio online, el CoNDeRS recibe sus dudas, información y denuncias, proponiéndose incidir en los gobiernos provinciales y locales para exigir el cumplimiento de los Derechos sexuales y reproductivos (DDSSyRR).

Las reuniones de Consejo asesor del CoNDeRS se realizan anualmente siendo un espacio de reflexión sobre las actividades realizadas y los puntos pendientes en todo el país. En el mismo sentido, organiza talleres de capacitación en todo el territorio nacional; estos son pensados en conjunto con los actores de la sociedad civil, ya que el objetivo de los talleres es considerar un modelo de monitoreo social aplicable a nivel local y provincial, capacitando en la aplicación de herramientas y metodologías comunes; previamente, cada grupo realiza un breve diagnóstico de la atención de la salud en su localidad en base a una guía remitida por el Consorcio, así se analizan los avances y obstáculos presentes. La provincia de Santa Fe, con sus representantes de la sociedad civil, participó en el año 2005, junto a organizaciones de las provincias de Córdoba, Entre Ríos, Formosa, Mendoza, Santa Cruz, Santiago del Estero y el Norte de Buenos Aires, en un taller realizado en la ciudad de Buenos Aires en el mes de mayo. En la plenaria del primer día, participaron el Director del Programa Nacional Materno Infantil Dr. Carlos Devani, el gerente del Programa Dr. Fernando Vallone y la agente de enlace del Fondo de Población de Naciones Unidas, Lic. María del Carmen Feijoó. El objetivo del taller fue generar un modelo de monitoreo social, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, aplicable a nivel local y provincial, con herramientas y metodologías comunes que permitan el seguimiento y evaluación de la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en las provincias y localidades del país que participaron del taller. Fueron dos días de intenso trabajo en conjunto, durante los cuales cada grupo realizó un breve diagnóstico de la situación de la atención de la salud sexual y reproductiva en su provincia, se analizaron los avances y obstáculos en la interacción con responsables gubernamentales provinciales o municipales y los prestadores de servicios, y se establecieron los acuerdos generales del concepto de monitoreo social y su implementación.

El CoNDeRS tiene como actividad principal el monitoreo social, y éste implica

construcción y aplicación colectiva de herramientas y mecanismos para vigilar la atención en salud sexual y reproductiva con un enfoque integral y preventivo a través de la sociedad civil. En este sentido, monitorea el cumplimiento de la normativa vigente en la temática que le compete, desde el año 2003 a la fecha, en distintos puntos del país, con la colaboración de las OS miembros del consorcio, tal es el caso de INSGENAR e INDESO en el Municipio de Rosario.

En esta misma línea, las OS reciben del CoNDeRS las pautas para el monitoreo periódico; así, el consorcio elaboró una cartilla de “diez pasos” donde se explica brevemente cómo organizarse y diseñar un plan de trabajo para realizar un monitoreo social, hasta la evaluación final, pasando por acciones de incidencia y difusión. Asimismo, la cartilla incluye temas como: derecho a la salud y género, marco legal nacional e institucional, sistema de salud, programa nacional de salud sexual y procreación responsable, monitoreo social de las funciones del Estado y sus políticas públicas, estrategias y herramientas de monitoreo; con anexos donde figuran el texto de legislación nacional, encuestas, listas de chequeo y otras herramientas para ejercer el monitoreo social.

El CoNDeRS, además, posee una biblioteca virtual en la que brinda información sobre las legislaciones nacionales y provinciales en relación a salud sexual y procreación responsable, guías y protocolos para los profesionales de la salud del área, y documentos realizados por la institución en relación a la temática.

A la luz de la clasificación realizada por el Instituto Gino Germani para el CENOC, podemos establecer que los actores que conforman el consorcio pueden ser clasificados como organizaciones de promoción de derechos, teniendo por finalidad primordial la defensa y extensión de derechos y valores universales o de categorías sociales particulares.

La tipología realizada por el Gino Germani intenta responder a las demandas institucionales específicas del CENOC; la misma fue formulada para ser aplicada al universo inscripto en dicha institución pública, respondiendo a las condiciones particulares de inscripción de las organizaciones sociales registradas, con incorporación voluntaria y un cuestionario autosuministrado, y a las características del relevamiento de datos. Los criterios para la construcción de esta tipología de organizaciones fueron considerados según cuatro dimensiones: la información sobre organizaciones con las que cuenta actualmente el registro del CENOC; el estado cambiante del campo teórico en ciencias sociales, en

especial de la sociología, las ciencias políticas, la economía; el análisis crítico de las conceptualizaciones existentes (en el sentido de vincularlas con los objetivos propuestos para su formulación); la evolución histórica de las organizaciones sociales y de las tendencias de las políticas públicas (éstas últimas enmarcan la labor del CENOC como organismo oficial). El último punto adquiere particular relevancia, ya que permite relevar las tendencias de base en la construcción de organizaciones en el presente y su proyección hacia el futuro próximo, puesto que esto permitirá orientar la labor del CENOC.

Los objetivos principales a los cuales pretende responder la tipología son: contribuir a la autoimagen de las organizaciones, facilitar la relación entre las organizaciones y la construcción de redes, favorecer una mayor visibilidad del conjunto de estas organizaciones, que se constituya en un recurso para la aplicación de los distintos programas sociales públicos y aquellos instrumentados por organizaciones sociales (OS).

Dadas las dificultades de sintetizar en una sola clasificación estas demandas tan diferentes, se procedió a elaborar tres clasificaciones que recogen puntualmente cada una de éstas. La primera de ellas es una clasificación teórico-empírica (Primera Articulación), la segunda está destinada a servir de puente entre el CENOC y las OS (Segunda Articulación), y con la última, se busca reafirmar la identidad social de las organizaciones (Tercera Articulación). La Primera Articulación: es una clasificación teórico-empírica que constituye una tipología de organizaciones que se propone para uso interno del CENOC, o sea, que no está destinada a su difusión pública, sino que se considera relevante para el desarrollo de sus actividades, en las que se atiende especialmente al grado de institucionalidad de las organizaciones, su constitución social o articulada con servicios estatales, su filiación y su ámbito de actuación, si es exclusivamente local o bien ampliado. La Segunda Articulación: esta clasificación está destinada a servir de “puente” entre el CENOC y las organizaciones sociales, lo cual exige el reconocimiento recíproco entre éstas y el Estado. Es una clasificación que responde a los fines de las organizaciones y las actividades que realizan. Al mismo tiempo, se espera que ayude a las OS a definir sus roles principales. La Tercera Articulación: esta clasificación está destinada a preservar la configuración de origen de las organizaciones, y por lo tanto su “identidad”; por eso, en este nivel, se buscó resguardar la identidad jurídica y social de las organizaciones, cuando ésta existe y está claramente delimitada. Se procedió a reclasificar sólo aquellas OS en las que la personería jurídica no

delimitaba claramente su identidad por las diferentes finalidades que cumplen (en los casos de las Asociaciones Civiles, Fundaciones, Mutuales, etc.) o habían sido agrupadas en categorías sociales difusas en cuanto a sus objetivos (Grupo Comunitario).

La labor del consorcio constituye una contribución muy importante para el campo de la salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género y de derechos, así como también para el fortalecimiento del Estado en su función de garante de los derechos humanos y en su responsabilidad en el mejoramiento de las condiciones materiales y simbólicas para que la población pueda ejercerlos en forma efectiva.

Las acciones desarrolladas por los actores que conforman el consorcio se inscriben en las denominadas de *accountability* horizontal, esta tiene que ver con el control intraestatal, es decir, la existencia de agencias estatales que tienen autoridad legal y están fácticamente dispuestas y capacitadas para emprender acciones, que van desde el control rutinario hasta sanciones legales o incluso impeachment, en relación con actos u omisiones de otros agentes o agencias del estado que pueden, en principio o presuntamente, ser calificadas como ilícitos (O'Donnell, 1999). Guillermo O'Donnell establece que se trata de la división de poderes: legislativo, ejecutivo y judicial, con sus *checks and balances*, pero también incluye los mecanismos con que cuentan las democracias contemporáneas, estas son las agencias de supervisión, como en el caso de las auditorías, defensorías, contralorías, fiscalías y órganos afines.

Asimismo las estrategias de *accountability* social en América Latina aluden a las formas de control político y el reclamo de los derechos de los ciudadanos en la modalidad de movimientos sociales, protesta y la exposición en los medios de comunicación. Se trata de nuevos mecanismos de responsabilidad social y rendición de cuentas en los que los gobernados verifican y fiscalizan la acción de los gobernantes. Así, la conceptualización de *accountability* social, acuñada por Catalina Smulovitz y Enrique Peruzzotti, podría definirse como el mecanismo de control de las autoridades a través de las actividades de actores y expresiones de la sociedad civil; es decir, particularizan un conjunto heterogéneo de iniciativas llevadas adelante por parte de los actores sociales que demandan legalidad a las instituciones gubernamentales, y también denuncian los actos ilegales.

Así diremos que la representación, implica *accountability*, es decir que el representante es responsable de sus acciones ante quienes lo autorizaron a hablar en su nombre; ésta es

vertical y horizontal en las democracias representativas, mientras que en las delegativas se limita sólo a la primera, o la horizontal se da en forma muy esporádica. Respecto a la *accountability* horizontal, debemos establecer que se trata de la existencia de agentes estatales que tienen autoridad legal y están físicamente dispuestos y capacitados para emprender acciones que van desde el control rutinario hasta sanciones penales en relación con actos u omisiones de otros agentes o agencias del Estado que pueden, en principio o presuntamente, ser calificados como ilícitos. La *accountability* horizontal comprende distintos tipos de interacciones estatales son emprendidas por una institución estatal con el propósito explícito de prevenir, cancelar, reparar y/o castigar acciones o inacciones de otra agente estatal que se presuman ilegales o corruptas. Debemos aclarar y diferenciar las instituciones de *accountability* horizontal de balance y asignadas entendiendo que el CoNDeRS es del tipo de las segundas; las instituciones de balance son ejecutivo, legislativo y judicial y actúan de manera reactiva ellas suelen crear conflictos siendo altamente visibles y costosos entre las supremas instituciones estatales, las instituciones de balance son un instrumento de control demasiado tosco para la creciente complejidad de las agencias estatales y sus políticas. Las asignadas son las encargadas de supervisar, prevenir, disuadir, promover la sanción y/o sancionar acciones u omisiones presuntamente ilegales de otras instituciones estatales, nacionales o subnacionales. Estas agencias no fueron creadas intentando, como las anteriores, balances generales de poder, sino confrontar riesgos más específicos de trasgresión y/o de corrupción. En principio, las agencias asignadas tienen varias ventajas respecto de las de balance, una es que pueden ser proactivas y continuas en su actividad, pueden ser eficaces en prevenir o disuadir acciones ilegales de las instituciones estatales que supervisan. Otra ventaja es que para sus acciones las agencias asignadas pueden invocar criterios profesionales antes que partidarios o políticos. Así en el caso de la institución aquí tratada el consejo funciona como asignada tienen una actividad pro activa en el sentido de generar temas y debates en el marco de las reuniones que se realizan, la continuidad no siempre tiene que ver con sus decisiones, sino que son convocadas por los agentes gubernamentales que supervisan, la información que generan. En el mismo sentido, la *accountability* horizontal es una importante generadora de información que se torna disponible públicamente, tanto INDESO como INSGENAR es utilizada por el gobierno provincial, encargado de ejecutar la ley como insumo para una

mejor implementación del PSSyPR y otras políticas y prácticas en relación al mismo.

Cuando nos referimos a *accountability* vertical, generalmente, hacemos mención a las elecciones; así es como la *accountability* social es una variante de esta última, ya que es un mecanismo que descansa en las acciones de un múltiple conjunto de asociaciones de ciudadanos que tienen como objetivo exponer los errores gubernamentales o activar el funcionamiento de agencias horizontales, empleando agencias institucionales o no institucionales. El ejercicio de la *accountability* social en América Latina se apoya en tres tipos de estrategias: la jurídica, la movilización y la mediática; la primera presupone la iniciación de reclamos o peticiones legales por parte de los ciudadanos. La movilización social es la segunda estrategia empleada en el ejercicio de ésta; en este caso, el control se alcanza cuando actores sociales organizados logran centrar la atención pública en un problema o reclamo particular derivado del accionar indebido de agencias u oficiales públicos. La tercera es la estrategia mediática; este tipo de *accountability* requiere visibilidad, y los medios son el instrumento más importante para alcanzar esa meta; esta estrategia funciona porque la visibilidad impone costos de reputación a los agentes públicos que tienen proteger su imagen moral y profesional para mantenerse en el cargo.

INSGENAR e INDESO se gestaron entre los años ochenta y noventa, y ambas, a lo largo de estas décadas, fueron incorporando colaboradoras en las distintas áreas; las vías de comunicación parecen fluidas, y además, con una moderada horizontalidad a la hora de discutir y tomar decisiones.

De las charlas que tuvimos con las entrevistadas de las dos organizaciones, surge que no detectan cambios al interior de las organizaciones; sí hay nuevas relaciones y acciones que se generan a partir de la participación en determinadas políticas.

En relación a INSGENAR, este actor participa en políticas públicas, pero además trabaja en función de colocar ciertas problemáticas invisibilizadas en agenda. La idea de participar atraviesa el espíritu y el trabajo de esta organización, donde se entiende que participar se debe pensar en plural, haciendo pie en lo colectivo y en el involucramiento desde la consulta para la toma de decisiones, aunque los distintos canales de participación al interior de la organización parecieran estar semiabiertos; así, existe cierta división de áreas o tareas internas con diferentes actores involucrados en el proceso.

Sin embargo, la participación comunitaria parece el espíritu de INDESO, entendida

ésta como el trabajo en conjunto al interior de la organización, pero también con los actores protagónicos o afectados. Además, la intersectorialidad ha demostrado ser una estrategia efectiva en términos del trabajo conjunto y bien coordinado con los diferentes sectores de servicios que actúan en el mismo ámbito territorial.

Así, la participación en el marco del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable tiene las características de las organizaciones que participan de la gestión y evaluación de la política poseen recursos propios y un amplia trayectoria en el tema, aunque también pudimos encontrar otras organizaciones de base que participan de manera informal en la implementación del programa como informante claves de los equipos de salud, aquí, cabe señalar que el rol de las OS en tanto agentes informales de rendición de cuentas no es menor.

Resulta así que la creciente incidencia política que adoptan las OS es un fenómeno nuevo y también una manera de hacerse presente para actores ya conocidos. Aquí, entonces, cabe señalar que el rol de las OS en tanto agentes informales de rendición de cuentas no es menor; particularmente, en un contexto de re-politización, donde la gran contradicción gira en torno a cómo pensar la representación. Los espacios institucionales de participación surgidos después del 2001 buscan mejorar la comunicación entre los actores y el Estado, y así modificar la dinámica representativa.

¿Qué pensar del modelo participativo de democracia? Logra modificar el modelo representativo, pero con una participación en cierta forma deficitaria. Así, las experiencias de politización que se fueron desarrollando en las democracias que tienen por meta perfeccionar los mecanismos de control y supervisión de las instituciones formales de representación resultan insuficientes y endebles ante los avatares y los conflictos que tienen lugar en un espacio público transversalizado por las particulares relaciones entre los gobiernos y la sociedad civil.

Al iniciar este capítulo nos preguntábamos: ¿cuáles son las características de las OS que participan en la implementación y control del PSSyPR? ¿Cómo desarrollan su participación en el PSSyPR INDESO e INSGENAR?

En relación a las características generales de las organizaciones que participan del control del PSSyPR en la ciudad de Rosario, INDESO e INSGENAR, hemos consensuado que son Organizaciones de Promoción de Derechos, surgen y se desarrollan al compás de

la lucha por los Derechos Humanos, sin embargo, mientras la primera se autodenomina como una organización de mujeres feministas cuyas tareas se focalizan en la generación de una sociedad más justa, equitativa, solidaria y democrática, sin discriminaciones ni exclusiones de ningún tipo, que trabaja, asimismo, por el respeto de los derechos humanos, particularmente. La misión de INGESNAR es fomentar democracias reales basadas en la plena participación ciudadana de hombres y mujeres, desde este espacio, se procura promover el cambio de actitudes, procedimientos y prácticas culturales, tanto de actores colectivos como individuales, con la fin de respetar los Derechos Humanos. Así piensa en el concepto de género como una categoría analítica imprescindible para comprender la desigualdad en campos que habitualmente se consideraron neutrales. Por ello, pretende la transversalización de la perspectiva de género en todos los ámbitos; particularmente, busca influenciar el ámbito de la jurisprudencia y de la salud para promover la democratización de las relaciones sociales. Es un actor que trabaja por el empoderamiento de las mujeres y los varones para el ejercicio de la ciudadanía, pero, en especial, para las primeras, sosteniendo la presencia pública movilizadora y articulada de los distintos actores de la sociedad civil, demandando por la ampliación de derechos, promoviendo el debate y el diálogo constructivo con poder de decisión en diferentes instancias gubernamentales, para profundizar los avances, sostener los logros e impedir retrocesos en los derechos humanos. La organización INDESOS se ubica desde la epistemología feminista, criticando los prejuicios que se ocultan detrás de conceptos como el de “género”; y ha introducido un nuevo modelo, ya que se encolumna entre aquellas organizaciones de vertiente feminista que discuten el concepto de género, y sostienen que con éste se pierde la especificidad de las mujeres y su historia. Para estas feministas, el vocablo género neutraliza la jerarquía histórica que han impuesto los varones, y hasta las hace desaparecer, porque el género se puede referir a la condición masculina o femenina (Barranco, 2008: 14).

Con relación a su trabajo cotidiano, INDESOS se desarrolló, en paralelo y simultáneamente, en distintos roles o funciones, como organización que participa de la implementación y control de distintas políticas y prácticas públicas; desde sus orígenes, ya en la primera década de los años ochenta, contó con presencia en el espacio público y generó un puente con la sociedad política. Sin embargo, en el mismo sentido, se mantuvo vinculada a otras OS. Por ello, y en consonancia con lo sostenido por Cristina Viano,

podemos afirmar que INDESO, como varias OS locales inscriptas en el Movimiento Feminista, creció y se desarrolló; así, los niveles de participación política y social de las mujeres y los modos particulares en que éste actor se ha asumido se constituyen de modo fragmentario en relación al conocimiento, y buscando cierta articulación lenta y dificultosa desde espacios políticos, sindicales, vinculados a las incipientes OS (Viano, 2011).

Así, territorialmente y dentro de los distintos ámbitos de las OS, INDESO, desde sus orígenes, se posicionó —siguiendo la clasificación que hemos elegido, elaborada por el Instituto Gino Germani—, además, como una organización de promoción humana, para la concreción de sus objetivos se vinculó con aquellos actores de promoción social u organizaciones conformadas por miembros que pertenecen a la misma población receptora de los bienes y servicios que generan —o mejor conocidas como “de base territorial”—, aunque estos últimos pueden estar destinados a un entorno social más amplio.

Esta doble pertenencia de INDESO se debe a la trama asociativa que pudo desarrollar desde su etapa embrionaria, esta condición de la OS enriquece de manera sumamente interesante los vínculos institucionales e invita a cuestionar las formas tajantes de caracterizar a los distintos tipos de organizaciones. En el mismo sentido las distintas funciones y pertenencias organizacionales le otorgan posibilidad de acceder a otros recursos simbólicos y materiales, asimismo la organización esta convencida que las problemáticas de las que se ocupa son inabordables de manera aislada y por lo tanto uno de los ejes de trabajo de esta organización son las redes con otros actores. Como señala Daniel Arroyo las OS con las características de INDESO suelen tener tradicionalmente una fuerte vinculación con las de base, elaborando estrategias de trabajo con gobiernos locales en relación a la capacitación, articulación y promoción de redes (Arroyo, 2003).

Noemí Chiarottí (INDESO), señalaba: “Nosotras en el año ochenta y siete ayudamos a fundar un centro de mujeres en Empalme Graneros que se llama centro de mujeres Juana Azurduy”.

En relación a las actividades de INSGENAR e INDESO que llevan a cabo las organizaciones, al observar su misión, advertimos que ambas trabajan arduamente en la promoción y respeto de lo las DDHH; en el caso de la segunda, dando mucho más espacio a la acción por los derechos de las mujeres.

En relación al financiamiento las organizaciones, cabe decir que recaudan fondos de

actores internacionales para programas específicos, así como para el funcionamiento y actividad institucional —si bien este es un tema sensible y poco discutido—. Según hemos podido establecer a partir del trabajo que hemos realizado, resulta que una parte de los fondos que obtienen las organizaciones proviene de alguna instancia gubernamental (Nación, provincia o Municipio), sin embargo, los montos más significativos provienen de la sociedad civil internacional. En el mismo sentido, la captación de recursos nacionales e internacionales muchas veces genera competencia y conflictos entre organizaciones con similares características. Asimismo, las condiciones de financiamiento generan inconvenientes e imponen pautas de trabajo a las OS, teniendo éstas que responder a las cambiantes “modas” de financiamiento de los organismos nacionales e internacionales. Tal situación hace que las organizaciones en situación de vulnerabilidad tengan que ceder ante la construcción de una agenda “para obtener fondos” en detrimento de los proyectos embrionarios de las distintas OS. Los organismos financiadores desarrollan criterios de evaluación y control de gestión de los fondos que presentan un número de exigencias que deben ser cubiertas, lo que refuerza la revisión de los objetivos por parte de los distintos actores sociales (Filmus, Arroyo, Estébanez, 1997: 35).

Las dos organizaciones realizan distintas actividades de “intermediación”, traducidas en expresiones de asistencia técnica a otras organizaciones y a los agentes gubernamentales, como así también brindan asistencia directa a otras OS y las distintas instancias gubernamentales; estas tareas son parte de las actividades habituales de INSGENAR e INDESO desde sus orígenes, significando instancias posibilitadoras de transmisión de conocimiento y la experiencias acumuladas, no siendo meras distribuidoras de saberes, sino utilizando esas instancias para problematizar situaciones concretas. Así, estos actores comparten una inquietud la materialización de los derechos; esto supone propiciar el desarrollo social brindando herramientas para abrir canales de comunicación en la sociedad civil y de este modo establecer nuevos vínculos con la sociedad política.

En relación de los cambios y continuidades de las organizaciones tratadas después de los sucesos de diciembre de 2001, sabemos que la fragmentación social que se gestó previa a esa coyuntura tuvo suma incidencia sobre la acción de los actores sociales; de nuestra investigación resulta que INDESO e INSGENAR vieron afectado su accionar algunos años antes del 2001, es decir, ambas organizaciones reformulan sus objetivos y

asumen nuevas tareas que van más allá del apoyo a los derechos. INDESO se ve involucrada en el trabajo territorial de algunas OS de base territorial que tenían como misión la asistencia directa de las necesidades básicas; INSGENAR, por su parte, comenzaba a comprender que las organizaciones eran participantes activas en las políticas públicas, de esta manera se involucraba como generadora y participante de proyectos que implicaban a la sociedad civil en el diseño, implementación o control, y así comienza a formar parte de la co-gestión de los riesgos sociales que se multiplicaban a fines del siglo XX en la Argentina.

El “que se vayan todos” trajo una novedad que residió en la constitución de nuevos sujetos y formas de hacer política, más horizontales, que tensionaron el modelo clásico de pensar la representación y pusieron en jaque el modelo democrático representativo. Así se fueron esbozando alternativas que parecían tener más que ver con la idea de poder como “potencia construida colectivamente entre iguales”.

En el mismo sentido, los referentes de las dos organizaciones analizan los sucesos de diciembre del 2001 acordando que los acontecimientos del 19 y el 20 fueron expresión de la profunda crisis que venían desgarrando a la sociedad argentina desde, por lo menos, mediados de los años noventa, de esta manera, el país sufrió las consecuencias de una recesión económica, combinada con el deterioro de todas las formas de sociabilidad y una de las crisis institucionales más importantes de la historia argentina.

En relación a su labor en el PSSyPR, las organizaciones aquí tratadas forman parte del CoNDeRS; tal como señalamos, el consorcio tiene como objetivo monitorear las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva en la Argentina. Recorriendo cada uno de los objetivos planteados por el Consejo asesor, podemos sintetizar, respecto al primero: “realizar y promover actividades de control ciudadano sobre las políticas públicas en salud sexual y reproductiva a nivel nacional, provincial y local”; las dos organizaciones llevan a cabo actividades de promoción de los derechos sexuales y reproductivos: en el caso de INSGENAR, produce información sobre el tema (investigaciones, publicaciones) que trata de resolver la carencia de información fiable y autónoma sobre el tema. INDESO, por su parte, trabaja en forma conjunta con otras organizaciones de la provincia para mejorar la implementación del programa, tratando de reforzar el impacto de esta política, tratando de aprovechar las ventajas institucionales con las que cuenta, llevando a cabo distintas

actividades de difusión, visibilización y reclamos hacia la sociedad política. En general, las OS que integran el CONDERS se ven limitadas a las tareas estipuladas desde la normativa; así, hay una serie de pautas que diseñan las acciones de las organizaciones intervinientes. En este sentido, cabe destacar que las OS realizan actividades individualmente y en conjunto, promoviendo los DDSSyRR, además de pensar estrategias para trabajar en conjunto con Provincias y Municipios, realizando propuestas, colaborando en la elaboración de los distintos protocolos de acción, actividades de concientización, investigaciones en relación a la temática, evaluaciones parciales de la implementación del programa, y difundiendo las modificaciones en relación a la temática.

Respecto al segundo objetivo que se plantea el organismo de control, el mismo consiste en “impulsar una cultura de monitoreo social sistemático sobre el Estado como parte de los derechos y deberes de la ciudadanía”. Este es un punto a debatir en relación a las dos OS involucradas en la ciudad de Rosario: por su parte, INSGENAR tiene una actitud interpelativa desde sus publicaciones e investigaciones; INDESO actúa como denunciante de malas prácticas y observa la ausencia de políticas públicas; sin embargo, lejos están de lograr una cultura “de control” hacia el gobierno en sus distintas instancias. No obstante, las organizaciones realizan un importante aporte, generando espacios para propiciar e instalar la necesidad de comprender la salud como un derecho básico. Quizás en este punto se revisa los mecanismos que utilizan estos actores para colaborar con la implementación y participar del monitoreo y evaluación del PSSyPR; no es genuino el nivel de representatividad de las organizaciones, otorgándoles una limitada capacidad para diseñar, implementar y evaluar; no es claro tampoco el procedimiento que le otorga a los actores la posibilidad de representar; asimismo, no hay debates al interior de la organización respecto al rol de la misma en el marco del CoNDeRS.

El tercer objetivo implica “promover una participación cada vez más amplia y activa entre diversas organizaciones y personas de la sociedad civil, sin distinciones, que compartan estos objetivos y marcos de referencia”. Esta misión se materializa en el marco de las reuniones del CONDERS, ya que se presenta como un espacio deliberativo donde una multiplicidad de actores propone, debate y concreta proyectos. Sin embargo, las características de los integrantes del consorcio las definen los gobiernos; cuáles son los atributos necesarios para participar del consorcio es algo que está establecido

normativamente; así, la influencia societal se ve limitada por los marcos impuestos por la sociedad política. El Estado elige a quienes inciden, a quienes controlan, a quienes pueden ser co-gestores de lo público. En este sentido, podemos señalar que hay una gran carencia; la apertura a la participación recae sobre temas administrativos o cotidianos, mientras que las decisiones de fondo permanecen centralizadas, e igualmente hay una falta de reconocimiento de las tareas y de los recursos que aporta la sociedad civil. Por otro lado, el control invita al involucramiento de otros sectores tales como los colegios de profesionales, y las OS basistas, involucradas en el nivel primario; esto aún es tarea pendiente.

En función de lo aquí afirmado, es preciso señalar que, además, existen otros actores sociales, organizaciones de base territorial u organizaciones de promoción humana que participan de la implementación del programa de manera no institucionalizada, como informantes claves de los equipos que integran los distintos Centros de Salud municipales. Estas organizaciones forman parte de ese universo que surgen a fines de los años ochenta y proliferan en la última década del siglo XX. La mayoría son organizaciones que intentaron resolver las problemáticas desencadenadas a partir de las medidas económicas aplicadas durante la era neoliberal, y que cumplieron la función de amortiguadoras de la crisis, desde las ollas populares hasta hacerse cargo de “la cuestión social”.

Así, debemos entenderlas como actores con cierta relevancia territorial, pero presentes en un número reducido de Centros de Salud. Son de importancia, ya que se constituyeron en aliados territoriales; sobre todo, en los distritos con mayores riesgos sociales. Así, este sector de la sociedad civil que participa por fuera del esquema formal del CoNDeRS trabaja a diario; generalmente, son mujeres, y poseen un fuerte involucramiento con la problemática abordada por el Programa. De este modo las OS se transforman en otro eslabón en la cadena implementadora del PSSyPR, desde la difusión de acciones y mediante la colaboración en la preparación de talleres, explotando las posibilidades que le otorga su ubicación, distribuyendo bienes y servicios, reforzando la información proporcionada.

Capítulo IV. Las políticas, las acciones y las prácticas de salud pública desde la perspectiva de género

1.1. Políticas públicas y perspectiva de género

Después de la crisis de 2001, al menos el discurso sobre el rol del Estado en la vida nacional ha cambiado y, como señalan algunos trabajos teóricos, se ha producido un cambio de dirección hacia la revalorización del mismo como actor fundamental en la definición de las variables económicas. Pero ¿qué ha sucedido con la política social en este primer decenio del siglo XXI?

Los trabajos de historia de aspectos específicos o etapas precisas de la política social argentina son escasos. Particularmente, en la segunda mitad del siglo XX, distintos trabajos advierten que es posible que la manera en que nace el Estado Social argentino y el enorme dramatismo de los contrastantes cambios de régimen político por los que atravesó le hayan quitado interés al enfoque de políticas públicas dedicadas a resolver las problemáticas sociales. Así, el estudio de las políticas públicas en general tuvo un desarrollo científico particular durante el siglo XX y los primeros años del XXI, estructurándose como un campo de estudio particular en la ciencia política, aunque interdisciplinario —en las últimas décadas—, con influencias tanto de la sociología, la economía, el derecho y, particularmente, de la ciencia de la administración. Hasta bien entrada la década del cincuenta del siglo XX, una gran cantidad de enfoques dentro de la ciencia política se ocuparon de manera residual de aquello que hoy conocemos como la implementación de políticas públicas, toda vez que su interés teórico pasaba por otras dimensiones. Así, las teorías sistémicas decían mucho sobre las demandas y las respuestas del sistema político; las políticas eran una respuesta lineal a demandas o insumos del sistema. Desde una perspectiva marxista, se sostenía que las decisiones y las políticas dependían casi exclusivamente de las relaciones clasistas de poder, por lo que las políticas respondían a una lógica de dominación: en consecuencia, no habría políticas que en el mediano y largo plazo sean contrarias a los intereses de la clase dominante. Estos enfoques, a los que podríamos sumarles las teorías elitistas, muy poco aportaron al desarrollo de una línea de

investigación importante sobre las políticas públicas en el seno de la ciencia política. El desarrollo de las primeras teorías y los primeros estudios sobre la naturaleza, el diseño y la gestión de políticas públicas, se consolidará a partir de los años sesenta, principalmente, en ámbitos académicos norteamericanos. Una importante cantidad proviene de la ciencia de la administración y la ciencia política norteamericana, y a partir de los años ochenta, de algunos países europeos; principalmente, Alemania, Francia y Gran Bretaña, y en un segundo momento, de Italia y España.

En el ámbito latinoamericano, los primeros escritos específicos que hacen de las políticas públicas su objeto podemos encontrarlos en los años ochenta, producto de las experiencias de académicos de nuestra región en los países centrales. Así, algunos artículos de Oscar Oszlak, Guillermo O'Donnell y Bresser Pereira pueden reconocerse como pioneros, seguidos por algunas investigaciones centradas principalmente en los tipos y modelos de burocracias existentes en los países de la región. Aunque claro está que, desde los años cincuenta, había una serie de autores que plantearon la problemática del desarrollo de la región con un enfoque en el cual las políticas públicas tenían un gran espacio. En paralelo, se produce el “redescubrimiento” de la cuestión social contemporánea que se hace durante la propia transición a la democracia, a partir de 1983, y más claramente, luego de la sistemática crisis que vive el país desde 1984. Antes del blackout académico (Soldano y Andrenacci, 2006) que significó la dictadura militar, los trabajos en torno al sistema de seguros sociales o de la política laboral parecen haber sido inescindibles, por ejemplo, de los análisis de la relación Estado-sindicatos. Por otra parte, los trabajos sobre el sistema de salud, el sistema educativo o la política asistencial seguían carriles temáticos y disciplinarios no cruzados por enfoques de política públicas y que pretendían ser abarcadores. En este sentido, podemos establecer que el debate académico de la política social constituye un campo abierto y relativamente reciente.

Aguilar Villanueva, a partir de los años noventa, pasó a ser lectura obligatoria para quienes se introducían en el estudio de las políticas públicas: se accede en ella a las traducciones de muchos de los trabajos ya mencionados.

Asimismo, consideramos que existen escasas investigaciones que analicen en detalle las modificaciones en las políticas públicas que se generaron después de diciembre del 2001. Podemos encontrar algunas investigaciones que se remiten a indagar casos; si

bien se han realizado interesantes análisis sobre las interacciones entre la Sociedad Civil y los Gobiernos locales a partir de políticas públicas (Rofman, 2002; Acuña, 2007), la mayoría remite a un sector de la sociedad civil, particularizando en determinados actores, o bien se trata de trabajos teórico-empíricos donde lo territorial es entendido como la unidad de análisis.

Ahora, también es necesario señalar que los trabajos teóricos y los estudios de políticas públicas en los últimos años se encuentran enmarcados en distintas tradiciones teóricas: los enfoques institucionalistas y neoinstitucionalistas, los abordajes desde las redes de políticas, el marco de análisis de las relaciones intergubernamentales, los enfoques sistémicos, son algunos de los principales enfoques a partir de los cuales se analizan políticas públicas en el marco de estudios de casos, ya sea de una política o recurriendo a la comparación entre unos pocos casos de políticas similares.

Al momento de presentar a la política pública como una serie de etapas o fases relacionadas entre sí (no necesariamente de manera cronológica), se busca describir estas distintas fases del proceso de la política pública, sus relaciones y relevancia desde el punto de vista analítico, así como las principales herramientas para la implementación de políticas públicas.

En este sentido, pensando en las políticas públicas desde una perspectiva sociopolítica, creemos pertinente hacer uso de las construcciones teóricas de Esping-Anderson; así, al tratar aquí una situación problemática, consecuencia del desmantelamiento de parte del Estado de Bienestar, elegimos hablar de políticas como “gestión pública de los riesgos sociales” (Esping-Anderson, 2000: 55). En este esquema, los riesgos sociales deben ser asegurados por las políticas; los riesgos pueden ser perennes o parte de la historia, otros se hallan estratificados socialmente; asimismo, pueden ser individuales, pero se transforman en sociales cuando la sociedad los reconoce como merecedores de atención pública. Así, el mencionado autor divide los riesgos en tres grandes grupos: los riesgos de clase —implica que la probabilidad de un riesgo social se distribuye de manera desigual en los diversos estratos sociales—; riesgos de trayectoria vital —los riesgos se distribuyen desigualmente a lo largo de la trayectoria de vida, la pobreza se concentra en la infancia—; y los riesgos intergeneracionales —estos implican que las situaciones de inequidad se heredan e implican la necesidad de políticas de

igualdad de oportunidades—.

Al abordar la temática de la producción de conocimiento en ciencia política y de todas en general, parece inevitable preguntarse por el significado de la palabra “ciencia”. Si bien, y tal como lo recuerda Heler, en un sentido tradicional se ha llamado “ciencia” a la búsqueda desinteresada del conocimiento regida por un único valor, la verdad; esta definición, si no ingenua, se presenta al menos ambigua (Heler, 2005a: 13). Sabemos que desde la Modernidad no es posible acceder a la verdad a través del descubrimiento de objetos ocultos, sino que el objeto de conocimiento nace como una construcción del sujeto que conoce; sin embargo, la manera en que se llega no es un detalle más en este campo. Precisamente, la validación de esos conocimientos se logra a partir de la aplicación rigurosa de un método que garantiza el logro de una meta: la verdad; y por ello, aquí cabe una pregunta, de qué manera se definen las reglas de ese método.

Pierre Bourdieu trae luz en este aspecto con su idea de campo científico como un campo de lucha que ayuda a vislumbrar que quienes impondrán el método son aquellos que en la lucha consigan una posición de privilegio. Define “el campo científico” como “un sistema de relaciones objetivas entre las posiciones adquiridas [en las luchas anteriores], es el lugar [es decir, el espacio de juego] de una lucha de concurrencia, que tiene por apuesta específica el monopolio de la autoridad científica [...] entendida en el sentido de capacidad de hablar y de actuar legítimamente en materia de ciencia” (Bourdieu, 1999: 76).

Entonces ¿quién define qué es y qué no es ciencia? Lo que se considere “ciencia”, entonces, dependerá de la lucha de poderes que se desarrolla dentro de ese campo, y de aquellos mismos actores que han logrado una posición dentro del campo que les permite “imponer la definición de ciencia según la cual la realización más acabada de la ciencia consiste en tener, ser y hacer lo que ellos tienen, son o hacen”. Bourdieu advierte sobre la relatividad de la legitimación de un tipo de conocimiento como científico, ya que tanto la definición de los criterios de juicio como los de jerarquización son parte de una lucha, y así el francés agregará: “Nadie es buen juez, porque no hay juez que no sea juez y parte”.

Por lo tanto, los cambios en las disciplinas conllevan cambios en los objetos, y esto se aplica de modo particular a las ciencias sociales, en las que los objetos son construcciones históricas de los hombres que ocupan determinadas situaciones en el mencionado campo. Ejemplo de ello es, por ejemplo, la forma en que se construyó la

democracia moderna burguesa, la cual, al instituir como sujeto político al ciudadano, construyó un paradigma universal de portadores de derechos, abarcándonos a todos y todas en una totalidad de iguales que adolecerían de una especificidad de cuerpo, raza, sexo, etnia, religión, ya que, en la práctica, el ejercicio de los derechos “del primer ciudadano” se configura en relación al hombre blanco, europeo, occidental, propietario y católico.

Sin embargo, y en este sentido el objeto de estudio ha sufrido importantes mutaciones, la nueva coyuntura histórica, según Waterman, no sólo ha traído la hegemonía neoliberal, también ha estado acompañada por la desintegración efectiva de la vieja izquierda y su reemplazo por una más plural y diversa, a través de actores progresistas de la sociedad civil en creciente radicalización; su emancipación no se ha limitado a la relación con el Estado y el capital, a niveles nacionales y globales, sino que también se ha dado respecto de esquemas de interpretación ideológicamente arcaicos (Waterman, 2006).

En este sentido, los grandes cambios sociales, globales y nacionales, de las últimas décadas han traído, según Lechner, una reorganización social de tal envergadura que ha afectado también a la política. Ésta no ha logrado adecuarse a los cambios estructurales de nuestras sociedades, persistiendo en una forma de hacer y pensar que no llega a dar cuenta de las actuales complejidades ni de la creciente diversidad de los nuevos intereses y perspectivas —agregamos: ni en sus aspectos teóricos ni en las prácticas políticas—, ya que se hace preciso agregar la dimensión política de la vida cotidiana y reintroducir en la política lo que “ella expulsó como ‘irracional’: las pasiones y emociones, los afectos y, por cierto, las virtudes” (Lechner, 2006). En este sentido, se generó una bisagra que trajo posibilidades significativas de reformular la manera de pensar la política, dándole otro sentido, y que ofrece nuevos resquicios democráticos que dan cabida a las dimensiones más sobresalientes de la cotidianidad (Vargas, 2008). Así fueron proliferando los espacios de conflictividad social al extenderla más allá de sus manifestaciones en lo público, recuperando su articulación y continuidad con los avatares de lo privado, sus exclusiones, discriminaciones y abusos de poder; la teoría política feminista contribuyó decisivamente a esta mirada con su reflexión sobre la dimensión política de lo personal, al afirmar que lo personal es político. Esta frase invitó a politizar la cotidianidad y posicionarla de manera referencial para las mujeres y la sociedad.

Tal como fue analizado, lejos está de ser, en la actualidad, la regla. Casi treinta años

después de la “segunda ola” del feminismo, existe el reconocimiento verbal y formal de la importancia de los derechos de los varones y mujeres, y desde organismos multilaterales de crédito apelan a invertir en “la cuestión de género”, desde una visión funcional y eficientista, con el argumento de superar la condición de la mujer para aportar al desarrollo.

Han transcurrido muchos años en los que el concepto de *gender mainstreaming*, en su controvertida traducción al castellano de “transversalización” o “integración transversal de género” fue propuesto y establecido como compromiso, pero también como mandato para los gobiernos, en el marco de la Conferencia de Beijing. Sin embargo, y asumiendo la heterogeneidad de situaciones que se puede encontrar en los países de América Latina, podemos señalar que su rol integrador lejos ha estado de cumplirse. Múltiples razones dan cuenta de esta situación, sin embargo, resulta aún más sorprendente cómo en algunos campos y áreas específicas se ha producido un retroceso (Pautassi, 2007).

Los principales tipos de políticas anti-discriminatorias en nuestro país y las estrategias de intervención no poseen un número relevante de trabajos en relación a su aplicación y actores participantes; mucho menos pensando en un análisis que comprometa las relaciones de los actores de la sociedad civil con los gubernamentales. Tampoco hemos encontrado, más allá de algunas publicaciones desde OS que abordan algún aspecto de la salud reproductiva, análisis exhaustivos y objetivos de la implementación del programa seleccionado como unidad de análisis de esta investigación (PSSyPR) y las interacciones entre los actores involucrados.

Nos vemos, asimismo, en la necesidad de explicitar qué entendemos por perspectiva de género; hablamos de un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos: “El género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1990). El género refiere a la construcción social desigual basada en la existencia de jerarquías entre ambos sexos y las consiguientes relaciones de poder asimétricas que se generan a partir de la misma.

Siguiendo a Pautassi, el concepto de género constituye una categoría teórico-analítica imprescindible para comprender la falta de equidad en áreas que históricamente se consideraron como “neutrales”: políticas públicas, macroeconomía, empleo, regulaciones laborales, políticas sociales, y por consiguiente, en la naturaleza y dinámica de la transformación económica y de las sociedades.

Creemos que la importancia de la creación del PSSyPR reside, particularmente, en la forma en que aborda la problemática desde una clara perspectiva de género, no centrándose, como ha ocurrido históricamente, en mujeres u hombres aislados del resto de sus vidas y de sus relaciones.

Las políticas sociales, en general, incluyen una red de instituciones públicas, productoras y prestadoras de bienes y servicios estratégicos en todo proceso de reproducción social (salud, educación, alimentación, vivienda, medio ambiente, infancia, tercera edad). Todas ellas utilizan un conjunto significativo de recursos públicos, definen roles productivos y reproductivos, modifican comportamientos, responden con mayor o menor eficiencia a los objetivos que las justifican y contribuyen a la legitimidad del poder político.

En ciertas áreas, el Estado tuvo históricamente una presencia hegemónica (por ejemplo, en la educación primaria); y en casi todas interactúa con otras instituciones sociales (privadas, de mercado o bien de iniciativa social sin fines de lucro); en algunos casos, presta servicios directamente, y en otros, simplemente, transfiere recursos financieros.

En términos del conjunto de políticas sociales, un primer aspecto que es altamente llamativo es la neutralidad en términos de género con la cual éstas fueron históricamente diseñadas, y resulta notable que con las reformas en la década de los noventa se acentuaron tales sesgos. Bertranou y Bonari avanzan en detallar una serie necesidades que deberían ser atendidas por la protección social. Esa lista es extensa y, en términos generales, incluiría áreas o temáticas como salud, discapacidad, accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, vejez, invalidez y sobrevivencia, familia e hijos, protección contra el desempleo y mercado laboral, vivienda y saneamiento, y exclusión social. También incluiría otras áreas que deberían ser atendidas cuando se trata de países en vías de desarrollo, como la educación básica, la alimentación y nutrición, así como también la asistencia de emergencia en el caso de catástrofes naturales (Bertranou y Bonari, 2005).

Es posible realizar un esquema que ordene las intervenciones sociales del Estado local en las siguientes categorías: las políticas universales (salud, educación, y seguridad social, en estos tres sectores, más allá de la incidencia de los servicios privatizados, la acción estatal continúa manteniendo el esquema universal); las políticas habitacionales y

urbanas (las políticas habitacionales refieren a las intervenciones directas que realiza el Estado sobre el territorio; las políticas asistenciales, concebidas en su origen como programas de “combate a la pobreza”, tienen por objeto complementar o compensar la falta de ingresos monetarios que deriva de la nula o mala inserción en el mercado de trabajo — programas de transferencias de ingresos monetarios, como también los programas alimentarios—); las políticas de empleo, dado que, como contrapartida de la restricción de la intervención estatal en la regulación laboral, se han multiplicado los programas destinados a ofrecer formas alternativas de inserción en el mercado de trabajo. El contenido de estas ofertas alternativas ha ido variando a lo largo de los últimos años, ya que a inicios de la década del noventa predominaban los subsidios para financiar situaciones de cuasi-trabajo, mientras que en los últimos años se están imponiendo los programas de promoción del autoempleo, los programas de promoción socioproductiva y la capacitación laboral, y “nuevas cuestiones”. En esta última categoría se incluyen aquellas iniciativas que se proponen intervenir en problemáticas que se han visibilizado en los últimos años, como los derechos de los niños y niñas, la cuestión del género, la situación de los jóvenes, los problemas socioambientales, la drogadicción; es decir, se trata de cuestiones que requieren un tratamiento más integral y que, por lo tanto, generalmente, articulan un espectro complejo de medidas laborales, educativas, de salud, infraestructura, etc. (Documentos ICO, 2011).

Sin embargo, según lo indicamos anteriormente, estamos en condiciones de señalar que el PSSyPR aborda la problemática desde una clara perspectiva de género, no centrándose, como ha ocurrido históricamente, en mujeres u hombres aislados del resto de sus vidas y de sus relaciones.

Cabe preguntarse por qué en Argentina, históricamente, se acentuó el sesgo asistencialista en toda política que incluya a las mujeres; por qué no se consideró a los hogares monoparentales como prioritarios en una agenda de efectiva inclusión social y no en el marco de numerosas diversas acciones asistenciales. Nuestros interrogantes encuentran respuesta en la marcada y promovida disociación entre lo público y lo privado, dejando en manos de las familias la resolución de todo lo que sea “privado” o “doméstico”, sin ninguna consideración ante el hecho de que cada vez implica más tiempo, recursos y estrategias que deben destinar las familias para solucionar este difuso universo de lo

privado. Es decir, existió una escisión poco clara entre lo productivo (ámbito público) y lo reproductivo (ámbito privado), que ha trascendido las fronteras entre uno y otro, y en los hechos, se ha debilitado, dando paso a nuevas instancias de participación y de integración de una esfera con la otra. Sin embargo, el actor estatal no acompaña este proceso, trasladando a la familia la resolución de cuestiones que abarcan más de un ámbito en la producción del bienestar; y en la medida en que no se promueva la autonomía personal y ciudadana, poca efectividad tendrán las políticas y prácticas que se implementen en este sentido.

En términos del conjunto de políticas sociales en Argentina, se puede observar retrospectivamente, primero, la neutralidad en términos de género, como ya hemos mencionado. Teníamos el patrón sobre el cual se pensaron las instituciones sociales durante el diseño del estado de Bienestar en la década del cuarenta, que fue el de familia nuclear, con un varón asalariado proveedor, una mujer a cargo de las responsabilidades familiares y dependiente de los beneficios sociales (obra social, asignaciones familiares) del varón.

Estos formatos de políticas no fueron modificados, tanto en materia de cobertura de previsión social como del sistema de asignaciones familiares. Es verdad que se llevaron a cabo transformaciones importantes durante las reformas en los años noventa, pero continúan siendo diseñadas según criterios insensibles al género. Es destacable que la seguridad social se financia sobre la base del impuesto al salario, dejando de esta forma sin ningún tipo de cobertura a los trabajadores informales, los agrícolas no asalariados, desempleados y trabajadores del servicio doméstico, cuya mayor proporción es femenina.

En rigor, puede decirse que cuando se habla de la familia se está hablando del papel que las mujeres desempeñan en la misma. Fue la teoría feminista la que estableció una ruptura en la conceptualización normativa sobre la familia entendida como célula fundamental indisoluble, para incorporar la noción de diversidad, pluralidad, complejidad y tensiones propias de estas relaciones (Montaño, 2005). En el mismo sentido, es el Estado, a través de sus políticas, el que afecta en forma directa o indirecta las relaciones de género. Lo anterior se condice con las recomendaciones formuladas al Estado Argentino por el Comité de la Convención Internacional contra la Discriminación de la Mujer (CEDAW), que en el año 2004, en su recomendación 372, manifiesta su preocupación en esta dirección, al señalar que “si bien celebra la adopción y la aplicación de políticas y

programas sociales y económicos encaminados a contrarrestar los efectos de la crisis en el país [...] al Comité le preocupa que ese enfoque pueda perpetuar visiones estereotipadas acerca del papel de las mujeres y los hombres en lugar de prestar un apoyo efectivo a la potenciación política y económica de la mujer...”.

Nos vemos en la obligación de pensar que el hogar es el ámbito social en el que se resuelve la reproducción biológica y social de la población. La familia, definida por relaciones de parentesco, constituye la base del hogar, y su composición es, por un lado, resultado de diversos procesos a lo largo del ciclo vital de sus miembros y, por otro, de las conexiones que se establecen con las formas más amplias de producción, reproducción y consumo, ligadas al mantenimiento de sus miembros (Oberman, 2000). En muchos análisis, se ha asumido que los hogares constituyen unidades y, como tales, adoptan sus decisiones respecto de la manera de garantizar su propia reproducción. Esta visión supone, asimismo, una unidad de intereses entre los miembros del hogar y tiende a minimizar los conflictos o las diferencias de intereses de sus miembros (Hartmann, 1987). Aun más, en esta perspectiva, también se soslayan los condicionantes que ejercen sobre los hogares y sus miembros las características de otras instituciones. Asimismo, se deja de lado la consideración de las interacciones entre personas que, aunque no estén relacionadas por el parentesco, cotidianamente crean, de manera conjunta, condiciones materiales y no materiales de existencia, compartan o no un mismo lugar de residencia.

La persona a cargo de las tareas en el hogar, generalmente la mujer, no recibe ningún tipo de remuneración por ellas, esta característica del trabajo doméstico refuerza la desigual distribución de poder dentro del hogar, las contradicciones que se verifican en el trabajo doméstico, el de ser una actividad esencial para la reproducción económica y social y a la vez no remunerada, es un elemento clave para comprender las contradicciones propias del modo de organización de las sociedades modernas, basadas en las restricciones que la división sexual del trabajo impone a la participación de las mujeres en el mercado de empleo. Así la mencionada organización es pensada a partir del trabajo de mercado, empleo, en torno a la norma de un “trabajador ideal” que se ocupa a tiempo completo e incluso trabaja horas extras, y que destina muy poco tiempo a las tareas de cuidado y crianza de los menores, la segunda característica central es el sistema de provisión de los servicios de cuidado, que marginaliza a quienes desarrollan esa tarea, que como hemos

dichos por lo general son mujeres. La norma del trabajador ideal consiste en determinar la organización del trabajo, de forma tal de posibilitar a las unidades de producción demandar fuerza de trabajo que pueda emplearse a tiempo completo, asumir horas de trabajo en exceso a la jornada habitual y aceptar movilidad geográfica. Esta norma requiere que los trabajadores que la conforman cuenten con un flujo disponible de trabajo doméstico que les permita no sólo tener atendidas sus propias necesidades, sino, además, verse exentos de asumir responsabilidades en la atención de las necesidades de los otros con quienes convive (Pautassi, 2000).

Asimismo no contempla el trabajo no remunerado realizado por las mujeres, como tampoco, a los efectos del cálculo del haber provisional, se consideró la longevidad diferencial entre hombres y mujeres; entre otros efectos (Pautassi, 2000)

El Consejo Nacional de la Mujer implementa el Programa Federal (con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo) que tiene como objetivo desarrollar las capacidades políticas, técnicas y operativas indispensables para el diseño, la formulación, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas de igualdad entre varones y mujeres. Funciona en forma descentralizada, mediante las áreas de la Mujer que existen en los ámbitos de los gobiernos provinciales y municipales, con la coordinación del CNM (véase: www.cnm.gov.ar); no existen políticas públicas que regulan diferentes ciclos de vida de las familias sino que la diversidad de dichas políticas responde a un patrón definido de tratamiento de la misma. Si bien los cambios en los comportamientos demográficos, políticos y sociales son claros y responden a un patrón asociado con la diversidad, sexual y cultural, los mismos no han permeado la estructura de funcionamiento de las principales instituciones sociales.

Este ámbito privado, cuya institución principal es la familia, que es una unidad de producción de bienes y servicios vinculados a la reproducción humana y al mantenimiento cotidiano de las personas, ha mutado desde la crisis del Estado de Bienestar (Esping-Andersen, 2000). Era en el marco de esta institución que se asignaba un máximo de bienestar a las unidades familiares, sin embargo, este nexo que sustentó la época dorada del bienestarismo en la sociedad postindustrial pasó a ser negativo; hoy los Estados ya no pueden contar con las amas de casa y madres a tiempo completo, y es así como intentan propiciar políticas de desfamiliarización, haciendo referencia a las políticas que maximizan

los recursos de los individuos más allá de las reciprocidades conyugales o familiares.

¿Cuál es el problema de las políticas sociales? Sucede frecuentemente que no contemplan el ámbito privado, al cual se le reconoce menos valor y prestigio que al ámbito público; sin embargo, resulta que es tan importante en sí mismo que, si se lo quita del medio, simplemente la sociedad no funciona. En esta línea, el descenso de las tasas de natalidad es un buen ejemplo: cuando las mujeres deciden no tener hijos por la dificultad de combinar la maternidad con la actividad laboral, cosa que ha sucedido en las sociedades con un incremento importante de la actividad laboral femenina, baja la natalidad. Es entonces, por todos los problemas que ha comportado el descenso muy elevado de la natalidad, que se descubre la importancia que tiene el ámbito privado de lo doméstico y el trabajo de las mujeres en él. Para Esping-Andersen, la política social significa gestión pública de los riesgos sociales; un riesgo individual se puede transformar en social cuando el destino de un individuo tiene consecuencias colectivas. Los riesgos son sociales cuando la sociedad los reconoce como merecedores de atención pública, y cuando una parte de los riesgos se origina en causas que escapan a las decisiones de los individuos.

Un primer paso importante en la asunción de la presencia de las mujeres ha sido, precisamente, la del desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos. Pero a las tareas reproductivas y domésticas, hay que agregar, además, las funciones de las mujeres que no se realizan sólo en el hogar. Ellas invierten muchas horas de participación colectiva, pero en otro tipo de organizaciones que no son las clásicas organizaciones económicas, sociales y políticas. Participan en una serie de organizaciones ligadas a necesidades sociales de la colectividad: cuidado de los grupos más desfavorecidos; trabajo en el nivel vecinal y local; y participación en la mejora de las condiciones de vida cotidiana, entre otras actividades. Esta participación se hace de forma voluntaria, pero tiene gran trascendencia, y se suma al trabajo realizado en el hogar. En general, las organizaciones voluntarias con alta presencia femenina no son tan valoradas como, por ejemplo, los partidos o los sindicatos, pero, en muchos casos, tienen tanta relevancia e importancia como ellos. El nuevo desafío de la participación social, económica y política de las mujeres, entonces, es hacer visible un trabajo que hasta ahora han hecho sin costos (no sólo en el sentido material), y que forma parte de su “invisibilidad” (CEPAL, 2006).

En materia de género, la Argentina presenta muchas características propias de una

nación industrializada: un equilibrio en el nivel educativo alcanzado por varones y mujeres, niveles de fertilidad global y tasas de mortalidad materna relativamente bajos, y una de las menores diferencias por género en la participación en la fuerza laboral de América Latina. El diferencial de salario promedio entre hombres y mujeres, si bien no es el más bajo de la región, es comparable al de muchas naciones industrializadas, tales como los Estados Unidos, Canadá, Suiza y Gran Bretaña. La representación política de la mujer también se encuentra entre las más elevadas de América Latina (Htun, 1998).

Pero la Argentina es también un país de contrastes, los indicadores nacionales globales ocultan las disparidades internas, particularmente, entre ricos y pobres. Por ejemplo, mientras los niveles de fertilidad promedio son bajos comparados con el resto de los países de América Latina y el Caribe, los índices varían significativamente entre los diversos grupos socioeconómicos, con las áreas rurales y urbanas marginalizadas en desventaja en términos de acceso a los servicios y a la información.

Los índices de mortalidad materna, si bien comparativamente bajos, también varían según la región, y mientras que la participación de la mujer en la fuerza de trabajo ha aumentado de manera significativa, la mayor parte de estos puestos de trabajo se han dado en el sector informal de baja remuneración el que, si bien ofrece flexibilidad, también se encuentra entre los menos estables y peor retribuidos. Entre los que han alcanzado mejor nivel educativo en la Argentina, las diferencias por género en los niveles salariales y el ascenso laboral subsisten; por otra parte, si bien la educación ha generado oportunidades en el mercado laboral para las mujeres, sus contribuciones continúan percibiéndose como complementarias o secundarias respecto de las de los hombres, y el trabajo en el hogar sigue siendo, en su mayor parte, una responsabilidad de la mujer.

En la Argentina, fuentes que trabajan a nivel comunitario también dan cuenta de una crisis en la estructura familiar, particularmente, entre los pobres, y esto, a su vez, cobra importantes dimensiones en materia de género. Los hogares monoparentales administrados por mujeres están tornándose más comunes; éstos enfrentan desafíos especiales, de los cuales el principal consiste en que son dependientes de una sola persona que provee ingresos y cuidado. Los hijos de hogares mantenidos por mujeres tienen cuatro veces más posibilidades de ser pobres que los mantenidos por hombres; asimismo, la ausencia o el carácter transitorio de la figura paterna aumenta las probabilidades de privación de recursos

materiales, sociales y psicológicos para el desarrollo de las identidades de los hijos

En el mismo sentido, los hogares biparentales enfrentan sus propios desafíos; cuando, a partir de la crisis desencadenada a fines de los años ochenta en Argentina, los hombres, muchos cabeza de familia, han pasado a ser desempleados, las mujeres se han visto forzadas a ingresar a la fuerza laboral para compensar la pérdida de ingresos del hogar, pero los trabajos que encuentran tienden a ser mal remunerados y temporarios. La Argentina también presenta algunos de los males de los países más industrializados: el elevado desempleo masculino, por ejemplo, ha surgido como problema durante la crisis, sin presentar mejorías importantes en los últimos años. En este sentido, Esping-Andersen señala que hay dos fuentes de problemas vitales que atentan contra la igualdad aquí y ahora: una son los riesgos asociados a la inestabilidad matrimonial y la pobreza en la infancia, la otra es la cualificación insuficiente; ambas pueden disminuir con más presencia estatal, particularmente, respecto a las mujeres; y también repensando la educación y la capacitación para que produzca un sistema de cualificación viable.

Según se informa, esto ha conducido a una mayor depresión, abuso de drogas y violencia entre los hombres, debido en parte al estigma que enfrentan cuando se ven imposibilitados de cumplir su rol primario como sostén de la familia. Los roles de género de los hombres tienden a ser definidos con mayor rigidez que los de las mujeres y, en consecuencia, los hombres que no pueden cumplir su rol económico carecen de otros medios para afirmar su identidad y pueden recurrir a la violencia en todas sus manifestaciones, contra sí o contra terceros. En este sentido, en el epicentro de los problemas de género se encuentra la manera en que hombres y mujeres son socializados para asumir ciertos roles y conductas y las implicaciones de estos roles y expectativas. Los roles de género tradicionales se encuentran profundamente arraigados en la Argentina, aun entre los mejor educados; estudios laborales, por ejemplo, revelan que, mientras las mujeres tienen exactamente la misma o mejor educación que los hombres, frecuentemente, ocupan posiciones menos jerarquizadas y peor pagadas. Los estudios sugieren que las posiciones desventajosas de las mujeres se basan tanto en la discriminación como en mecanismos de autoselección de las mujeres que les permiten conjugar los roles domésticos y de cuidado del hogar, perdiendo así oportunidades de capacitación, promoción y mejor remuneración. Como señala Elizabeth Jelin (1996b), que hombres y mujeres poseen condiciones muy

diferentes en el mercado de trabajo es un hecho irrefutable, también que la igualdad de oportunidades es una ficción; hay tareas que son socialmente definidas como femeninas y masculinas, generando segregación ocupacional, de igual modo es evidente la discriminación hacia las mujeres basada en la imputada incompatibilidad entre el rol productivo y reproductivo de las mujeres.

Las intervenciones a través de políticas y programas, por consiguiente, no deberían limitarse a las mujeres y deberían centrarse en estos cuatro campos. La redefinición de los roles, las imágenes, las expectativas de los hombres es necesaria para sostener el cambio a largo plazo en términos de equidad de géneros. Virginia Woolf, denunciando lo patriarcal —lo que nos interesa resaltar—, consideraba que las doctrinas biológicas que defienden la inferioridad femenina así como la diferencia cultural, laboral existente entre hombres y mujeres son simplemente un discurso ideológico que sirve para asentar una base legítima en la opresión sufrida por las últimas.

La fragilidad de las familias pobres es un problema saliente en la Argentina que afecta a hombres y mujeres de modo diferente. Los programas para fortalecer y desarrollar la capacidad a nivel de la familia y mejorar la calidad de vida de sus miembros deberían ser primordiales en la Argentina. Es decir, las políticas deberían intentar fortalecer la capacidad familiar; incrementar la equidad entre los géneros en la toma de decisiones y en las responsabilidades en el interior de la familia; mejorar el acceso de los miembros de la familia a la información y a la educación informal; promover la paternidad y maternidad responsables y ayudar a los jóvenes a encarar las decisiones de la vida, entre otros problemas. Se necesita una comprensión más amplia del concepto de ciudadanía, que incluya aspectos que las teorías políticas han invisibilizado, y que se haga cargo del hecho de que la participación plena de hombres y mujeres en el ámbito público requiere también de transformaciones de los roles de cuidado actualmente asignados al ámbito de la familia.

Las necesarias soluciones a esas inequidades, siguiendo a Nancy Fraser, se pueden encontrar mediante la redistribución y el reconocimiento, y pueden darse mediante políticas de tipo afirmativo o transformativo. Las denominadas “de redistribución” se dan en el marco de las que hemos elegido llamar “democracias liberales”, teniendo por función solucionar las inequidades del contenido de los acuerdos sociales. En cambio, las políticas transformativas está dirigidas a corregir esos resultados, pero reestructurando el marco

general que los ocasiona (Fraser, 1997).

Como estrategia general y a largo plazo, la Argentina debería continuar concentrándose en los procesos de socialización que limitan las oportunidades para las mujeres y los hombres, que resultan en asimetrías de poder entre ellos y conducen a la discriminación en razón del sexo. Estos procesos afectan los roles e identidades que hombres y mujeres asumen, e influyen en sus conductas y expectativas, lo cual, a su vez, afecta su bienestar humano a lo largo de su vida. El análisis de la autora nos lleva a pensar en la importancia de ir más allá de las políticas que reconocen a las mujeres en paridad con los hombres, y lograr el reconocimiento de esas inequidades cuyas raíces se han forjado en paralelo al desarrollo de un sistema que se ha transformado cada vez más en liberal y menos democrático. Este es el gran desafío que deben asumir la sociedad civil, los actores gubernamentales y la ciudadanía comprometida con la reversión de las situaciones estructurales de inequidad.

Nuevamente, Jelin señala que se deben cuestionar las formas de plantear políticas y, además, redefinir la participación en el espacio público a través de nuevas formas de relación entre la sociedad civil y el Estado.

En este sentido, el gran desafío que le cabe al Estado es, precisamente, articular políticas de igualdad activas, centradas en las personas como sujetos de derechos; es decir, no sólo políticas antidiscriminatorias, sino políticas dirigidas a disminuir los riesgos y las inseguridades del contexto económico y político. Se trata de crear marcos que promuevan la igualdad y la equidad y no de políticas dirigidas meramente a paliar situaciones de vulnerabilidad.

A su vez, los estudios de las mujeres, así como los estudios feministas y de género, han permitido advertir que el tratamiento que recibe aquello que se enfoca de forma marginal, se valora negativamente, se deja en la sombra o se excluye resulta tanto o más significativo que lo que se enfoca de forma preferente, y permite, por ello mismo, clarificar el sistema de valores dominantes, ya que constituye la cara oculta del saber androcéntrico. En este sentido, las mujeres, los jóvenes, los niños, las diversidades sexuales, las diferentes etnias y tantos otros grupos sociales han sido enfocados de manera marginal durante mucho tiempo por el predominio de una forma arquetípica del saber, quedando por fuera del esquema androcéntrico de poder/saber (Moreno, 1986).

Debe quedar en claro que la aplicación de políticas transversales desde el enfoque de género constituye una herramienta técnico-analítica que busca implementar la equidad de género. Esto significa que no se trabaja únicamente sobre las necesidades subjetivas de las mujeres, desde la perspectiva de la biografía personal y colectiva, sino también sobre los requisitos de estabilidad de los sistemas e instituciones de la economía. Es decir, sobre la lógica económica misma, a partir del análisis del impacto diferencial de género de las políticas, así como de los sesgos existentes en su propia formulación. Por lo mismo, la idea de transversalidad implica que no se diseñan políticas en el margen o “para mujeres”, sino que deben atravesar toda la esfera de decisión del Estado.

Los cambios en las mujeres son percibidos de diferentes modos según quién mira; es decir, no son valorados del mismo modo por los funcionarios que por los ciudadanos. Pero observamos que, si bien hay registros diferenciales en lo relativo a los cambios de parte de los planificadores, todos percibieron que hubo transformaciones. Las diferencias de énfasis vienen dadas por el lugar desde donde se posiciona cada uno para su participación en el espacio público; mientras que para las mujeres el registro más fuerte de sus propios cambios se acentúa en su vida personal, en lo subjetivo y en lo relacional, en lo que hace a su vida cotidiana, asumen lo político como algo puramente reivindicativo. Es fácilmente comprobable que la conquista de los derechos de ciudadanía para las mujeres, así como el efectivo alcance de los mismos, no sólo no están asegurados sino que presentan serias limitaciones.

Otra vez, las demandas y necesidades diferenciales de las mujeres deben ser consideradas en todo su alcance, ya que no sólo importa la calidad de miembro de la sociedad; en definitiva, cualquier política pública que se diseñe debe trascender la condición de mujer y vulnerable para promover mejores oportunidades que, a su vez, amplíen el margen de elección de las mujeres entre actividades productivas o reproductivas. A su vez, debe garantizarse que la opción por una u otra no implique privación económica, subordinación cultural y, finalmente, persistencia de la inequidad.

Circularmente, deben promoverse con insistencia medidas de articulación entre el trabajo productivo y el reproductivo, donde se piensen estrategias novedosas que incluyan a todo tipo de hogares y sus miembros, pero especialmente a los hogares monoparentales con jefatura femenina. Se trata, pues, de pensar renovadas políticas para las familias, pero

también con las familias, entendidas estas en todo su universo y diversidad. Para ello, resulta fundamental reconocer la heterogeneidad de los hogares con jefatura femenina y evaluar la contribución relativa que realizan a las distintas esferas de reproducción social. Si no se considera en forma integral a la mujer en todas sus necesidades y demandas, para situar de este modo a las familias que tiene bajo su responsabilidad, buscando promover arreglos institucionales para que no recaiga en ella (la jefa mujer) el doble rol de ser la proveedora pero también cuidadora de su núcleo familiar, no se podrán generar cambios en su calidad de vida.

Todo este proceso implica un cambio en el modelo de gestión, territorializando los problemas y permitiendo un abordaje multicultural, e impulsando la democratización y la implicancia de los trabajadores (Matus, 1992). Esta organización debiera incluir una política de incentivos económicos (no suplementaria de atrasos salariales) y no económicos, que dé cuenta del reconocimiento de la comunidad y la organización hacia el o los trabajadores de salud que alcancen el cumplimiento de sus planes de trabajo; este aspecto debe contemplar necesidades y demandas de la población como también realizaciones subjetivas y grupales de los trabajadores en clara relación de armonía entre ambos.

1.2. Políticas de salud pública

El Sistema de Salud argentino actual es producto de una no poco extensa evolución y presentó diferentes características a lo largo de las décadas. El objetivo del presente análisis no es historizar sobre el Sistema de Salud sino lograr analizar los hitos más importantes de las últimas décadas.

Así es necesario esclarecer que Argentina es federal en materia de salud; el Ministerio de Salud de la Nación sólo cumple una función de orientación técnica y concertación de políticas federales, no administra efectores en forma directa. El centro de gravedad de las decisiones sanitarias recae en veinticuatro autoridades sanitarias provinciales y en un amplio conjunto de entidades privadas y de la Seguridad Social. Nuestro país está dentro de las denominadas “economías emergentes” junto con Chile,

Brasil, México, Sudáfrica, los países del Este Europeo y del Sudeste Asiático, y al mismo tiempo, exhibe una gran disparidad social: condiciones extendidas de pobreza estructural y exclusión social, junto con un alto grado de alfabetización, urbanización y gasto en salud, que están por encima del promedio de los países subdesarrollados y de las economías emergentes.

El Sistema de Salud actual es derivación de la reconsideración en relación al rol y tamaño del Estado durante la década del noventa a nivel mundial, e impulsado por aquello que fuera establecido por el mal llamado “Consenso de Washington”; la descentralización, reducción y privatización implicaron una modificación con respecto a lo que se conoció como el Estado de Bienestar —actor que implicaba una planificación, ejecución y financiación centralizada en el rol del Ministerio de Salud—. Así, la política de reforma de los sistemas de salud trajo privatización, focalización y descentralización.

Un rasgo distintivo del sistema de salud de la Argentina es la coexistencia desarticulada de tres grandes sub-sectores: el público, el de la seguridad social (obras sociales) y el privado. A nivel agregado, cada uno de estos sectores puede ser considerado como un entramado de reglas donde coexisten múltiples actores, a la vez que se diferencian entre sí; principalmente, respecto de su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de sus recursos. Asimismo, también se observa diversidad de intereses, de recursos y de fundamentos ideológicos al interior de cada uno de estos sectores. En el caso específico del subsector público, el mapa de actores incluye a protagonistas de los diferentes niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal); pero también debe considerarse su relación con los actores de la seguridad social y, más recientemente, de los organismos internacionales de crédito (Repetto *et al.*, 2001).

Este mismo actor, antes de los años noventa, se presentaba como la institución que definía cuestiones en materia sanitaria y en materia regulatoria; era la principal fuente de financiamiento y prestador de servicios. Durante las décadas del sesenta al ochenta, jugaron un papel importante las organizaciones gremiales de prestadores (médicos, sanatorios, otras profesiones), que actuaron como intermediarias administrativas en materia de seguridad social. La organización general del sistema se basó en la existencia de fuertes corporaciones con poblaciones cautivas, compartiendo los recursos de una seguridad social en expansión, extendida a toda la población con capacidad contributiva. Hasta fines de los años ochenta,

tanto las obras sociales como las organizaciones gremiales de prestadores funcionaban monopólicamente dentro de cada provincia. Estos rasgos organizativos fueron caracterizados como “modelo pluralista de planificación descentralizada”, la hiperinflación de los años 1989 y 1990 desarticuló totalmente este modelo.

En este sentido, durante la década del noventa, se estableció aquello que se conoció como la libertad de elección de obra social, por lo que estas entidades empezaron a competir entre sí por la captación de beneficiarios, aunque la transferencia de afiliados no fue numéricamente significativa. Por otra parte, los límites territoriales de las organizaciones de prestadores se fueron fragmentando, o se dividieron según niveles de tecnología, o por grupos de afinidad. Comenzaron a conocerse nuevos protagonistas denominados “gerenciadores” que cumplían el rol de intermediarios entre las obras sociales y ciertas redes de prestadores. La desregulación y la concentración de los agentes prestadores tenían como principal objetivo la desindustrialización de las obras sociales, a fin de crear un mercado de libre competencia entre éstas y las empresas prestadoras de medicina privada.

El carácter federal de la organización nacional condiciona la factibilidad de implementar reformas nacionales por intermedio del legislativo, las leyes nacionales no tienen aplicación automática en ninguna parte del territorio nacional: en todos los casos se requieren convenios específicos de adhesión. Todos los aspectos del poder de policía sanitaria (matriculación de profesionales, habilitación de establecimientos y control bromatológico) se encuentran en las órbitas provinciales y se rigen por leyes distintas en cada provincia. En la mayor parte de ellas, la matriculación de profesionales ha sido delegada por ley a organizaciones deontológicas no gubernamentales. El ámbito en el cual se reúnen las autoridades sanitarias provinciales con el Ministerio de Salud para concertar políticas y acciones es el Consejo Federal de Salud (COFESA) que no cuenta con recursos propios, espacio físico propio, ni figura en el presupuesto nacional. Así sus decisiones no tienen carácter ejecutivo, sólo expresan acuerdos políticos, que deben ser ratificados por resoluciones ministeriales o decretos, nacionales y/o provinciales. Las funciones primordiales en materia de salud se encuentran dentro de entes descentralizados y autárquicos, con facultades para ejecutar sus propios presupuestos.

En este sentido, los Ministerios de Salud provinciales, son los encargados de la

administración de los servicios de atención médica y programas prioritarios, tienen en general una limitada capacidad de planificación y gestión. La autoridad sanitaria nacional requiere una estructura pequeña, con sólida capacidad para la planificación y la asistencia técnica a los gobiernos provinciales. El COFESA debe constituir el principal instrumento de la conducción sanitaria federal, para lo cual debe contar con recursos propios asignados por los fondos coparticipables, siguiendo el modelo del Consejo Federal de Inversiones (CFI).

Como consecuencia de las ya mencionadas reformas de los años noventa, se obtuvo un sistema de menor tamaño que traspasó la mayoría de las instituciones prestadoras de servicios a los Sistemas Provinciales de Salud que, en el mismo sentido, descentralizaron algunos de sus establecimientos en los municipios. Un elemento para este análisis lo brinda el hecho de que, a diferencia de las demás funciones sociales (educación, alimentación y vivienda), no existe ningún fondo que se distribuya de acuerdo con indicadores que correspondan al sector salud, ni cuenta éste con una asignación específica de los fondos transferidos por Coparticipación Federal (Bisang y Cetrángolo, 1997: 20). Por este motivo, dado que los montos coparticipados no deben ser utilizados necesariamente en el sector, los gobiernos provinciales vieron en la transferencia de hospitales la posibilidad de recibir fondos que mejoraran su situación financiera global.

Con posterioridad a la crisis del 2001, el rol del Ministerio de salud se reformuló: es regulador, es contralor y establece la política sanitaria nacional. Dos cuestiones son muy importantes hoy, la regulación y el financiamiento; este último se ha materializado en tres tipos de transferencias: por un lado, las directas —estas no han prevalecido, se desarrollaron en relación a la compra hospitalaria o de centros de atención primaria de la salud; además, los montos de estas no terminan siendo significativos—. Las segundas son las transferencias a partir de programas específicos. Este segundo tipo de transferencias tiene como objetivo final generar un impacto redistributivo real en la población objetivo, la población que fuera de mayor vulnerabilidad durante los años de emergencia económica y que en la actualidad debe ser atendida a fin de redireccionar parte de la mejora del bienestar social derivado del crecimiento sostenido de los últimos cinco años.

Como bien sabemos, quienes poseen acceso a la seguridad social o bien a seguros de salud prepagos privados, acceden a servicios de calidad diferente en relación a quienes

no poseen ese tipo de cobertura; tenemos el convencimiento de que abordar cuestiones de acceso para este segundo grupo es de suma importancia. Aquí la intervención estatal debe comprometerse, a través de la decisión política, a garantizar el ejercicio del derecho a la salud. Tomaremos aquí la posición que sostiene que la provisión de los derechos a la salud debe fundarse en el criterio “igual acceso a igual necesidad”, con independencia de su nivel de ingreso. En la actualidad ha cobrado fuerza la idea de que el derecho de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria debe estar garantizado mediante el acceso a un nivel básico de servicios y prestaciones (Alonso, 2007: 140).

En las condiciones de crisis social, económica y política que atravesó nuestro país hasta principios de este siglo, la situación de emergencia sanitaria y social es un resultado de aquellos graves problemas de financiamiento, de organización y de gestión; en este contexto, la equidad se plantea como el concepto más importante para orientar las políticas de salud.

La equidad en el campo de la salud no puede desligarse de la equidad en general y de la justicia social; en este sentido, Gro Harlem Brundtland señala que debe existir el compromiso por parte de los decisores políticos de invertir en salud como una estrategia para sacar a la población de la pobreza.

Por otra parte, es importante anotar que las decisiones y acciones públicas no dependen exclusivamente de la acción de agentes estatales sino de la conformación de un campo de discusión y definición de problemas y sentidos que se les otorgan a los mismos, en el cual participa un amplio y diverso abanico de actores (Lechner, 1999).

Como señalamos, la crisis que se desencadena en los años ochenta, que devino en la reformulación del sistema en la década siguiente, es un proceso identificable a nivel planetario y reconocido entre especialistas en términos de reforma sectorial o reforma de la atención médica. Así, en los años noventa, la nueva trama institucional se vio caracterizada por una débil presencia reguladora del Estado y el predominio de los actores en el diseño de las nuevas reglas de juego. A diferencia del proceso de cambio institucional previo a los años cuarenta, el agotamiento del régimen de regulación que se define a partir de esa coyuntura no se manifestó a través de una crisis de financiamiento; cuando adquirió dimensiones de catástrofe con la hiperinflación de 1989, la pérdida de legitimidad de las formas organizativas del sistema de obras sociales era reconocida por múltiples agentes.

Por esa vía se generaban distorsiones que estaban en la base de su deslegitimación y, a la vez, autorizaban la violación sistemática de las reglas vigentes por parte de aquellos agentes con capacidad de colocar su interés particular por encima de la sustentabilidad del conjunto.

En función de presentar sintéticamente las reglas de juego resultantes, cabe señalar que, en el régimen que se consolida con la sanción de la ley 18610, la profesión médica logró imponer los principios que históricamente defendiera como fundamentos ético-técnicos de su eficacia en el desempeño de la función de cura: libertad de elección del médico por el paciente, libertad de prescripción, remuneración por acto médico. A esta enumeración tradicional se había agregado, en la etapa de conflicto con las obras sociales por el control de ese mercado de trabajo, una nueva premisa: el derecho exclusivo de las asociaciones profesionales al control de las condiciones éticas y técnico-científicas de la práctica de sus miembros.

En el transcurso de una década, se verifica una muy importante expansión de la capacidad instalada privada, medida en número de profesionales, instalaciones sanatoriales e incorporación de tecnología. El incremento de especialidades y especialistas, camas sanatoriales y aparatología compleja estimula el aumento de una demanda no siempre vinculada con las necesidades del paciente. En el mismo sentido, el Estado demuestra poca posibilidad de controlar las condiciones de producción y comercialización de la industria farmacéutica; las corporaciones profesionales rechazan la incorporación de un vademécum y el profesional en su consultorio construye una relación cordial con el visitador médico, que en parte suple su frecuentemente débil formación en farmacología. Recién a partir de las crisis hiperinflacionarias de 1989 y 1990 y el nuevo escenario económico generado por el éxito del Plan de Convertibilidad, los representantes de la oferta y demanda de servicios comenzarán a reconocer la necesidad de reformular las reglas de juego que ordenaban sus interacciones (Belmartino y otros, 2002)

En la reforma de los años noventa, puede reconocerse influencias provenientes del contexto internacional, del contexto nacional y del área de política bajo estudio, el sistema de servicios de atención médica. Sin desconocer los condicionantes específicos de los dos primeros niveles, considero que la dinámica de los procesos de reforma y sus resultados encuentran una explicación consistente a partir de las relaciones históricamente construidas entre actores sociales y estatales vinculados al sistema de servicios. Esta década fue trágica

para el sector público, que fue desmantelado; el universo de la pobreza urbana se amplió y complejizó considerablemente al integrar a sus filas de pobres estructurales históricos a los nuevos miembros provenientes de la clase media en caída (Cravino, 2000).

Desencuentros, contradicciones distintos intereses y capacidades ponen en tensión el sector de la salud en general en el marco del entrante gobierno de la Alianza. Así, las políticas sociales fueron perdiendo valores tan fundamentales como la universalidad de los derechos sociales (Coraggio, 2000); en este contexto crítico, la salud se tornó central y la enfermedad una catástrofe para los hogares humildes y los sectores medios empobrecidos; la demanda insatisfecha en salud crecía en paralelo a la ausencia de respuestas. El gobierno que puso al Dr. De la Rúa a cargo del Ejecutivo se encontró con una diversidad de programas y acciones así como financiamientos en curso. Se introdujeron modificaciones que procuraron la concreción de una política más proactiva, sin embargo, no se produjo un cambio, pese a los objetivos declarados discursivamente. El desempleo no era un problema transitorio sino continuo, que seguía la línea de los noventa. En el nivel macroeconómico, se mantuvieron la convertibilidad y el tipo de cambio; ello, sumado a una fuerte recesión, al costo del financiamiento internacional y a las escasas soluciones brindadas, junto a un escenario de continuidad en los mecanismos de corrupción —como los que garantizaron la obtención de votos favorables en el Senado—, produjeron primero la renuncia del vicepresidente Álvarez, y un año más tarde, la renuncia del Presidente (Rocchi, 2007)

Como afirman Isuani y Bustelo, en este modelo, entonces, las políticas sociales “deben” concentrarse, focalizarse, sobre la pobreza y los grupos socialmente vulnerables, a modo de redes de contención, y no operar sobre la distribución del ingreso.

Un evaluador de la calidad y costo del sistema hubiera sido, en teoría, el beneficiario al que se dotaba de libertad para elegir la entidad a la que confiaría la administración de sus aportes. Sin embargo, hubo demoras en la implementación de la libre elección, y cuando finalmente se puso en marcha, no estuvo acompañada por información que permitiera una opción consciente de los posibles beneficios y riesgos a enfrentar. Un segundo evaluador posible, en este caso de las condiciones de competencia en la oferta de servicios, serían las obras sociales o entidades de seguro ejerciendo su función de compradoras; si la lógica del sistema hubiera seguido la orientación de eficiencia empresarial que buscaron introducir sus reformadores, las obras sociales habrían

desarrollado sistemas de seguimiento y evaluación de sus contratos con los proveedores directos. Habrían sido estimuladas a hacerlo, ya que de eso dependería el mantenimiento y captación de un número importante de beneficiarios. Dispondrían de información sobre estándares de utilización de servicios en función de tales contratos; seguramente, habrían llegado a establecer algún sistema de costos y realizarían evaluaciones periódicas sobre la satisfacción de los pacientes con la atención recibida. La idea guía era la modernización; la racionalización y la eficacia prevalecían por encima de casi cualquier otra cuestión social.

La política de limitar las funciones del Estado y confiar en las reglas del mercado para desalentar estrategias individuales y corporativas que obstaculizaban el cumplimiento de los objetivos sociales asignados al sistema también se ha mostrado impotente, y esta impotencia radica fundamentalmente en la insuficiencia de la actividad ordenadora que ha permanecido en manos del aparato estatal.

Entonces, las reformas del sector salud implementadas en la Argentina durante los años noventa produjeron una fuerte descentralización que trasladó a las provincias las decisiones relativas a la organización de los servicios de salud. Sin embargo, el desmantelamiento indiscriminado del Estado ocasionado por las reformas orientadas al mercado puso en evidencia que un régimen democrático descansa sobre la estructura del Estado y que un “Estado menor” no promueve necesariamente una democracia mejor (O’Donnell, citado en Rocchi y Liborio, 2012)

El desafío de diseñar modelos provinciales de salud que operen eficazmente, brindando mayor cobertura en respuesta a las necesidades de la población, requería de la apropiada organización y del gerenciamiento de los recursos disponibles (Chuit e Iglesias, 2004). Al hablar de Sistema Integrado Provincial de Salud se está aceptando la presencia de distintas fuentes de financiamiento, e independientemente de quién sea el que pague, el objetivo es establecer un modelo prestacional único al sistema, para lo cual la Salud Pública Provincial debió enfrentar distintos problemas. Con respecto a la conceptualización del acceso al sistema de salud, existe una amplia base en el acceso, con niveles de complejidad crecientes; la persona debería contar con mayor atención en su nivel de acceso, de modo que sean pocos los que lleguen a los niveles de mayor complejidad. De este modo, se evitaría competir con grandes centros de tercer nivel que no sean económicamente rentables al sistema. Este sistema ha ido llevando a un proceso en el cual la pirámide de complejidad

se ha transformado en un recambio, en el cual el conflicto no es resuelto a nivel periférico y se realiza la derivación al nivel de mayor complejidad.

El Sistema Integrado Provincial de Salud procura establecer un conjunto de prácticas saludables que tienen como finalidad: brindar información para el mantenimiento de la salud o prevención de la enfermedad; detectar factores de riesgo; detectar enfermedades en etapa precoz o asintomática; jerarquizar, apuntalar, recuperar e integrar a los diferentes efectores en niveles crecientes de complejidad; optimizar y fortalecer la capacitación del personal para efectuar las prestaciones de recuperación de la salud y prevención; mejorar la capacidad de gestión y evaluar los costos en atención con el objeto de mejorar su utilización e incrementar las prestaciones en la prevención; maximizar la utilización de la oportunidad para detectar riesgos, a no ser que exista evidencia concluyente sobre su efectividad; generar indicadores genuinos que midan la calidad de la prestación.

El Sistema Integrado Provincial de Salud (SIPS) abarca todos los niveles de atención y garantiza el acceso a la salud de todos los ciudadanos, siendo transversal a todo el sistema. El SIPS busca integrar a las personas, los equipos de salud, las unidades móviles, los centros de salud, los hospitales generales, los centros especializados y de alta complejidad, los distintos mecanismos de financiamiento y las tecnologías disponibles.

A las tensiones registradas entre la Nación y las provincias para avanzar hacia Sistemas Provinciales de Salud se agregan tensiones: entre distintos actores del Ejecutivo Nacional, entre otros poderes del Estado y entre las diferentes Obras Sociales Nacionales que aseguran a ciudadanos de la Provincia contratando y gestionando prestaciones desde los niveles centrales.

Existen condiciones mínimas que debe tener un Estado para armar un sistema provincial de salud. En tal sentido, la autoridad sanitaria provincial debería tener capacidad de gestión para: administrar los establecimientos y programas de su jurisdicción, entender en la administración de la obra social provincial, identificar a la población carente de capacidad contributiva y/o beneficiaria de planes sociales, intervenir en la relación entre asociaciones de prestadores y delegaciones locales de PAMI, intervenir en la relación entre asociaciones de prestadores y delegaciones de obras sociales nacionales.

En relación al Plan Federal de Salud, desde la Obra Social Provincial y de acuerdo

con los contenidos y prioridades en materia sanitaria, se propone que, en lugar de promover la subordinación de las aseguradoras públicas provinciales a las normativas de la Superintendencia de Servicios de Salud, el Estado nacional otorgue esas facultades a las provincias para que, en base a sus realidades, desarrollen sus propios esquemas normativos con eje en su actor más dinámico: las Obras Sociales Provinciales (Chuit e Iglesias, 2004).

Los condicionantes del acceso a los medicamentos se pueden clasificar en tres grandes grupos, un primer grupo en el que se registran barreras de acceso al medicamento establecidas por las diferentes modalidades de organización y estratificación de cada sociedad. Por otro lado, el acceso a los medicamentos es función directa de los esquemas de protección de los sistemas de salud. Finalmente, existen barreras de acceso que se desprenden de la propia dinámica económica del mercado de medicamentos que no incluye determinadas prestaciones en su menú de servicios.

En todo el mundo, la principal barrera económica a los cuidados de la salud radica en el acceso a los medicamentos; la Constitución argentina establece la salud como derecho del pueblo y deber del Estado en su artículo 13, por este motivo, se puede afirmar que no existen barreras legales que impidan el acceso de los argentinos a los servicios públicos de salud. Sin embargo, los subsistemas de seguros de salud (social y privado) brindan cobertura a una proporción aún significativa pero decreciente de la población. En Argentina hay más dificultades de acceso a los medicamentos que a los servicios de salud. Aunque aún restan algunas barreras de acceso por vencer, la población dispone de un relativamente amplio acceso a los servicios de salud. Las dificultades de acceso son mayores en el caso de los medicamentos que, como ha sido señalado, se concentran en el acceso a medicamentos para tratamientos ambulatorios (Velásquez, 2000).

La Ley de prescripción por nombre genérico, iniciada en el Ministerio de Salud de la Nación, resultó de gran importancia para contrarrestar los efectos de la dolarización de los insumos farmacéuticos y permitir un mejor aprovisionamiento en materia de medicamentos. Pese a que fuera combatida por algunos sectores, sobre todo aquellos vinculados a la producción de medicamentos, la ley tuvo un fuerte impacto en la reducción de los precios de referencia.

En los últimos años, ha prevalecido el enfoque basado en el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, y en relación a esto, tres cuestiones son fundamentales para el

fortalecimiento del primer nivel de atención: la mejora en el acceso a los medicamentos (Programa REMEDIAR); el Programa Médicos Comunitarios, posgrado en salud social y comunitaria, el cual ha conllevado un aumento en la cantidad de centros de asistencia que cuentan con profesionales con esta especialización. Finalmente, el Plan Nacer, que ha tenido incidencia directa en la reducción de la mortalidad infantil, producto de la prolongación del cuidado y la cobertura tanto de la madre como del niño.

Realicemos algunas aclaraciones finales con respecto al rol regulador del Estado nacional: el carácter federal de nuestro país hace que cada una de las provincias que lo componen tengan responsabilidad sobre la regulación y provisión en materia de salud; ello genera, a nivel normativo, un mosaico de elementos y regulaciones que se superponen de provincia en provincia.

Para que los hospitales públicos puedan modificar su funcionamiento, deben transitar un camino no exento de obstáculos. Deberían tener capacidad de tomar decisiones de gestión, contraer compromisos y demandar a sus deudores. En la actualidad, nada de eso es posible, porque la inmensa mayoría no tiene personería jurídica, ya que ésta la retienen los Ministerios de los que respectivamente dependen. Es necesario que cuenten con personería jurídica, que tengan su propio estatuto, que tengan su propio régimen de personal, la facultad de decidir su plantel de cargos y funciones, así como autarquía para ejecutar su presupuesto y disponer de sus recursos.

La situación de las mujeres frente a la reforma en salud difiere sustancialmente según la clase social, la ubicación geográfica, los recursos con que cuenta. Las mujeres con mayores recursos tienen cobertura de salud (ya sea una OS o una prepaga), mejores posibilidades de acceso a métodos anticonceptivos eficaces, servicios hospitalarios, posibilidad de “libre” elección de la obra social o medicina prepaga. En cambio, las mujeres pobres no cuentan con esos servicios y entre estos grupos se ubican mayoritariamente las mujeres jefas de hogar. Grassi señala que las políticas sociales “expresan los principios y postulados que organizan la vida social y la medida en que una sociedad se acerca o se aleja del reconocimiento de las necesidades de todos sus miembros así como su capacidad de protección de estos” (Grassi, 2000). Asimismo, muestra la manera en que se resuelve la cohesión y la integración social entendida como el derecho que a cada uno le asiste de constituirse reconocerse y ser reconocido como un sujeto

valioso para su sociedad y de proyectar su vida más allá de la mera supervivencia. Esto trae cierta claridad en la forma en cuanto al lugar que ocupan las mujeres en el diseño de las políticas y la falta de reconocimiento sufrida por éstas en estos procesos.

En el caso del acceso a la salud en el sector público, hospitales públicos y todo el sistema de atención primaria en salud, se buscó incorporar estrategias para condicionar el paradigma de universalidad históricamente vigente (como el caso de la propuesta de los hospitales públicos de autogestión) que pretendían dejar de subsidiar la oferta del sistema (acceso gratuito para todo ciudadano/a) para garantizar el subsidio a la demanda (capacidad de pago). Si bien no se logró implementar en su totalidad esta propuesta, y el sistema público sigue siendo gratuito, los problemas se presentan en términos de cobertura, ausencia de insumos, pérdida de calidad de atención, grave déficit en materia de recursos humanos. Esta situación se traduce en una pérdida de la calidad en la atención y severos perjuicios para los usuarios del sistema, que son principalmente las mujeres y sus hijos, con las distorsiones que les generan en términos de tiempo, de posibilidades de conciliar las demandas productivas con el cuidado del grupo familiar, particularmente, para las jefas de hogar. Esto termina produciendo en los hechos un alejamiento del sistema hospitalario y mucho más del preventivo.

Respecto a las obras sociales, como relatábamos, se estableció el principio de libre elección, que consiste en la posibilidad de no adherir ya obligatoriamente a una entidad que le correspondía al trabajador asalariado de acuerdo con el gremio de pertenencia. Ahora se puede “elegir” cualquier otra entidad que ofrezca mejores prestaciones a un mejor precio, pero tanto el sector asalariado como los trabajadores autónomos deben contar en forma obligatoria con una obra social. Nuestro análisis, lejos de reducirse a las alarmantes cifras, a las diferencias en términos de acceso al sistema de salud de los distintos sectores, pretende convocar a darnos otra discusión, una que gire en torno al sistema de salud oficial inscripto en un modelo médico dominante de carácter patriarcal, curativo-asistencial y excluyente desde el punto de vista social.

Planteaba Carlyle Guerra de Macedo que, en el marco de las Discusiones Técnicas que precedieron la 45ª Asamblea Mundial de la Salud, dicha Asamblea “reconoció que las mujeres, a través de edades, fronteras geográficas y estadios de desarrollo, soportan una carga desproporcionadamente mayor de problemas de salud prevenibles que la que aflige a

los hombres. Tal desventaja fue atribuida a la desigualdad más amplia que exhiben las mujeres frente a los hombres en materia de posición social y económica, la cual se refleja en el menor acceso que ellas tienen a recursos básicos para la promoción y protección de su salud.

La situación de las mujeres y los hombres frente a la reforma en salud difiere sustancialmente; aquellos que poseen mayores recursos tienen cobertura de salud, una Obra social o una prepaga, mejores posibilidades de acceso a métodos anticonceptivos eficaces, servicios de salud privados, posibilidad de “libre” elección respecto a su cuerpo, y a dónde y cómo atenderse. En cambio, aquellas personas que viven en condiciones materiales desfavorables no cuentan con estas libertades; entre estos grupos se ubican mayoritariamente las mujeres jefas de hogar.

¿Cuál es el desafío? Democratizar el sistema de salud, liberar a los hombres y mujeres de la mercantilización de un sistema que, diseñado desde una mirada patriarcal, se ha convertido en reproductor de la lógica del mercado en un derecho humano inalienable.

Entendemos que son escasos los trabajos en relación con las gestiones municipales que han asumido la implementación de distintas políticas públicas en coordinación con las OS, particularmente, cuando la participación de estos actores involucra el control de las prácticas y políticas gubernamentales con perspectiva de género.

La estructura federal y la inercia en la asignación de recursos son dos desafíos a superar en la formulación e implementación de intervenciones de salud pública. Argentina, como la mayor parte de los países de la región, ha concentrado la gran parte de los recursos del sector en la atención individual, especialmente, de alta complejidad tecnológica en centros hospitalarios, en detrimento de la atención primaria en salud y de los esfuerzos en salud pública. Aunque la cifra varía de una provincia a otra, en general, no más del 10% del gasto público en salud se dedica al primer nivel de atención, donde una parte de las acciones corresponden a promoción y prevención. El gasto final en salud pública termina luego comportándose como “atado” a determinados programas históricos, con relativa baja innovación en su gestión interna o en su distribución. Esta situación se ve agravada por la dificultad inherente a la coordinación de programas nacionales de salud pública en medio de la estructura federal del sector y de su fragmentación.

Las políticas públicas en materia de derechos reproductivos y esterilización

femenina en la República Argentina han tenido un creciente progreso a partir del año 1991. Estas prácticas fueron desarrolladas, fundamentalmente, a través de un cambio a nivel normativo que fue significativo: por un lado, se derogaron, en los años 1987 y 1992, los decretos N° 659/74 y N° 3998/78 que limitaban la venta de anticonceptivos y prohibían el desarrollo de actividades de control de la natalidad; esto implicó la posibilidad de formular una nuevas políticas en materia de salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, en el año 1994, se incorporaron al derecho argentino distintos tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional que contienen referencias expresas o implícitas a los derechos reproductivos; esto obligó a dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 75 inciso 23 de la Constitución Nacional. Se señala entonces la necesidad de promover e implementar medidas de acción positiva a fin de garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales reconocidos por los mencionados tratados internacionales.

A partir de nuestro tema de investigación, creemos pertinente traer luz la manera en que entendemos la Salud sexual y reproductiva, siendo este un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

En la actualidad, la República Argentina esta regida por la Ley 25.673 que dio creación al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y que fue dictada tras ocho proyectos presentados ante la Cámara de Diputados de la Nación. En lo concerniente a los objetivos de este programa, es necesario señalar que la norma establece que se debe alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable. El fin es que se puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

El debate público político sobre derechos (no) reproductivos y sexuales en Argentina trae a colación, inmediatamente, a dos actores políticos centrales de la disputa: por un lado, las feministas y las OS, y los denominados sectores progresistas; del otro, a la

jerarquía católica argentina como actor hegemónico del campo religioso, y los sectores más conservadores, por el otro. Estos dos actores tienen como punto de referencia de sus debates asuntos íntimos y considerados no políticos así como cuestiones históricamente asumidas como públicas y políticas: el lugar de la sexualidad y las consideraciones en derredor de ésta, y la constitución del orden social.

La primera cuestión a dirimir en el marco de estos debates es determinar hasta qué punto los derechos (no) reproductivos y sexuales, es decir, un área central y estratégica de los derechos ciudadanos de las mujeres, son o no asuntos que merezcan ser debatidos en el espacio público y una cuestión sobre la que el Estado deba intervenir. La duda misma nos retrotrae al hecho de que estos derechos responden a la demanda de la segunda ola de los feminismos que tenía en su centro de mira la politización de aquello que había sido considerado como íntimo y privado, y por ende, no político: ¿la(s) sexualidad(es) y la(s) reproducción(es), lo personal son políticos?

En la pregunta sobre si vale la pena discutir sobre derechos reproductivos se pone en duda la relevancia de tratar de discutir los asuntos de las mujeres y su ciudadanía. Las mujeres, las otras, las particulares, se dice, reclaman su derecho a tener derecho pero tienen que legitimar una y otra vez, sobre la mesa de debate, que sus temas no son ni más ni menos particulares que otros y que merecen ser discutidos, negociados y decididos en el ágora público-política.

Las mujeres reclaman derechos (no) reproductivos y sexuales, los derechos sobre el propio cuerpo, sin duda los derechos nodales para una ciudadanía plena: que sean ellas las protagonistas de las decisiones que tienen impacto sobre su cuerpo. Pero, cuando lo hacen, ven evidenciada su calidad de ciudadanas de segunda, pues sus temas requieren de doble o triple legitimación en el espacio público, y lograr que se conviertan en temas de legítima disputa requiere de un enorme trabajo previo con búsquedas de consensos. Hay algo así como una barrera invisible; sucede como en el establecimientos del contrato sexual y el social (a posteriori), la exclusión fue implícita sin coerción. Se intentó instalar que no fue el patriarcado el que —bajo la forma del pacto fraterno entre varones coaligados—excluía a las mujeres de la ciudadanía plena y las tutelaba, controlando las decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad y su fecundidad, sino la naturaleza misma que había sellado para ellas un destino diferente.

Aquí tampoco se trata de la cultura patriarcal hegemónica para la cual las mujeres y sus derechos son secundarios, sino del orden de prioridades que impone la realidad: era la realidad la que marcaba que ni en 1995, ni en el 2001 fueran ni el momento ni la oportunidad para discutir de estos temas, que primero se debían resolver “problemáticas urgentes”. A las problemáticas de las prioridades en general, se suman otros interrogantes desde los sectores denominados “conservadores”; así, cabe preguntarse si es posible plantear una escisión entre lo público y lo privado, y entre la persona y el ciudadano o la ciudadana comunes. La batalla del Movimiento de Mujeres y el Feminista, desde los años setenta, se ha abocado a poner en discusión pública la cuestión de la sexualidad, el cuerpo, la fecundidad de las mujeres. Esa tríada fue recluida históricamente en el espacio privado e íntimo donde la ley en teoría tampoco llegaba.

El argumento enfatiza que es posible pensar de una manera en su fuero privado y que se pueden tener opiniones personales que contradigan los acuerdos públicos, siempre y cuando esas opiniones divergentes se mantengan como asuntos privados y las acciones de esas personas en los espacios públicos y comunes se mantengan dentro de los límites que prescriba la ley mientras esa legalidad esté vigente. La tradición liberal parte del supuesto de que hay pocos asuntos sobre los que es posible y vale la pena ponerse de acuerdo, y sobre ellos se edifica el ordenamiento jurídico que será respetado por todos y todas las particulares quienes, por su parte, gozarán de completa libertad para hacer y ejercer en sus fueros íntimo y privado cualquiera clase de acciones, pensamientos, expresiones, siempre y cuando no interfieran con la vida y la moral pública.

Esa posición se contrapone con la sostenida por cierta tradición republicana que sostiene que la persona lo es siempre en su calidad de ciudadano o ciudadana, y que no hay distinción entre lo público y lo privado en el sentido liberal recién expresado. El mundo de la libertad como contraposición al mundo de la necesidad es el mundo público y, por tanto, sus opiniones personales son ya opiniones públicas. Mientras para la tradición liberal es posible sostener la división entre lo personal y lo político, y el individuo existe más en su fuero privado que en el terreno público; para las posiciones conservadoras, el individuo no existe por fuera de los valores sociales, de manera que existe una correspondencia necesaria de uno a uno entre lo individual y lo político. Así, la sociedad asume unos determinados valores como los propios del bien común, a los que todas las personas deben adscribir para

poder vivir en sociedad fundada —para los liberales— en la primacía de los derechos antes que en una definición moral en términos de bien común.

Muy vinculada con el tema de a qué se considere público o privado, o de cómo se comprenda esa relación, se encuentra la cuestión del modo acerca de cómo se procesan las diferencias y los desacuerdos. Mientras para las posiciones ligadas a la tradición liberal las diferencias son enriquecedoras y es lo que hace avanzar al mundo, para las posiciones republicanas-comunitaristas, el nudo de la cuestión estriba en los valores comunes compartidos. El espacio público es lo importante para estas posiciones, mientras que para las cercanas al liberalismo, la intimidad y el ámbito privado son lo que merece respeto. Ligada a esto último se encuentra la cantidad de espacio que se le ha de dejar a los individuos para que elijan sus propios planes de vida, tengan un mundo de intimidad y privacidad propio, lejos de las miradas de los demás.

La existencia o no de ese espacio depende de cómo se comprenda la libertad, hecho que va ligado, como se vio, también a la noción de sujeto o sujeta que cada concepción porte. Desde una mirada ligada a la tradición liberal, el espacio público es un espacio restringido a los asuntos comunes y generales, aquellos sobre los cuales el Estado tiene la facultad de intervenir a fin de potenciar las cualidades individuales de los sujetos y sujetas; o el espacio donde determinados temas requieren de debate y de toma de decisiones generales. El espacio privado, el ámbito de no interferencia, aun cuando admite grados de acuerdo a las posiciones dentro de la tradición liberal, debe ser tan amplio como sea posible. Y, dentro de este sistema, todas las diferencias son toleradas, respetadas y promovidas, siempre y cuando se mantengan dentro de los límites de lo privado.

En este sentido, junto a las reivindicaciones propias del movimiento de mujeres y las feministas, sostenidas por algunos legisladores y legisladoras en relación con el derecho sobre el propio cuerpo y el hecho de que nadie puede legítimamente intervenir sobre ningún aspecto de la vida de las mujeres, ello basado en el artículo 19 de la Constitución Nacional, se alza el derecho personalísimo de las personas, los y las profesionales a llevar a cabo determinadas prácticas anticonceptivas que pueden ir contra sus creencias y valores.

En este marco, se desarrolla el debate entre lo público y lo privado, junto con la cuestión de la libertad y con un tema que en los últimos años se viene trayendo a discusión recurrentemente: esto es, la cuestión de la objeción de conciencia y el derecho de los y las

profesionales a negarse a realizar acciones que contravengan sus creencias íntimas y personales sean estas religiosas o no. Pensar en la figura del objetor de conciencia es recurrir a una figura, señala Rawls, que no apela al sentido de justicia, y que no siempre realiza acciones en el espacio público (Rawls, 1995); es una figura que resuelve sin deliberar con los otros (Habermas, 1998); es el accionar de un individuo que cuestiona cierta decisión política, aunque no se considera un acto político (Arendt, 1972). En teoría, el objetor no espera cambios en las leyes y generalmente no invoca convicciones comunitarias (Rawls, 1995). Puede traer como consecuencia, y con la sumatoria de individualidades, un acto de desobediencia civil, ya no apoyado en la conciencia, señala Hanna Arendt, sino en la opinión no distinguible de otras; así, el desobediente civil es aquel que protesta contra las leyes y prácticas gubernamentales que considera injustas y, a su vez, se diferencia del hombre que vulnera una ley para poner a prueba su constitucionalidad (Colombo, 2011).

Los progresos realizados en términos de salud sexual en Argentina no significan que los grupos conservadores-confesionales hayan renunciado a influir pública y políticamente, sino que las acciones de los distintos actores de la sociedad civil han advertido que lo público no es sinónimo de estatal y que es posible influenciar al sistema político y lograr los resultados esperados. Pero de la misma manera que el sistema político comprendió la importancia de antiguas demandas logrando nuevas soluciones. Desde el punto de vista de las mujeres, el tema del derecho a decidir sobre su propio cuerpo y los consiguientes derechos reproductivos es una historia de larga data. Como sabemos desde Engels en adelante (Jelin, 1996 b), el cuerpo de la mujer, al tener la capacidad de gestar la vida, cobra un valor social muy especial. La necesidad de controlar el cuerpo femenino adquiere un valor muy especial socialmente, y esto tiene su origen en la simultaneidad de la propiedad privada y la transmisión hereditaria de la propiedad, es un cuerpo que da placer y da hijos.

Así, sólo a partir del desarrollo industrial y los nuevos desarrollos tecnológicos, las mujeres pudieron comenzar a prevenir embarazos y combatir la esterilidad, generándose un nuevo ideal de familia. Al compás de la modernidad, cobra importancia la calidad y no la cantidad; y en paralelo, la proliferación de los medios de comunicación de masas erige a la mujer y a su cuerpo como un objeto de consumo. Ante todos estos cambios, las mujeres comienzan a reivindicar, a partir de las distintas manifestaciones de acción colectiva, sus

derechos sobre su propio cuerpo. El movimiento de mujeres clamará por los derechos reproductivos que no son otros que los derechos de las mujeres a regular su propia sexualidad y capacidad reproductiva, y exigir que los hombres asuman responsabilidad por las consecuencias del ejercicio de su propia sexualidad.

Por otro lado, a raíz del reconocimiento del poder de la sociedad civil por parte de diversos actores sociales, de los cuales el religioso no es una excepción, se ha producido, en los últimos tiempos, una fructífera alianza entre distintos actores de la sociedad en pro de la concreción de una ciudadanía plena de varones y mujeres.

Las organizaciones pro-familia y pro-vida nacidas durante los años noventa responden a este nuevo fenómeno que supone un gran movimiento del laicismo y de la penetración religiosa, desde la capacidad de acción y convencimiento de los laicos y laicas. Esta nueva forma de accionar es la que, al contrario de lo que sostienen públicamente, no está dispuesta a negociar. Su estrategia es de oposición y reacción frente a las propuestas de feministas, movimiento de mujeres y minorías sexuales; en este sentido, frente a sus adversarios políticos así definidos, no hay medias tintas (Vaggione, 2009).

Pero la oposición no ancla, como he ido mostrando, en un discurso religioso, sino secular, científico, médico, legal. El núcleo de defensa básico sigue siendo, a nuestro entender, el de las reglas del juego democrático; han aprendido, en estos años de batallar, que el discurso que genera consensos mayores es el de los derechos humanos, y desde ahí se ponen en su base y su vértice la defensa de la vida y de la familia. Para defender sus puntos de vista, sostienen y legitiman lo que dicen la medicina, la biología o incluso el derecho; es decir que, desde otra perspectiva, la relación entre valores culturales y política reedita la discusión entre lo público y lo privado, así como los límites y las posibilidades de una relación conflictiva. Sin embargo, es vital comprender que las mujeres no pueden estar ajenas al control de sus propios cuerpos, y esto debería ser leído en términos de derechos humanos básicos.

Aún muchas lecciones nos quedan por aprender: la primera tiene que ver con lograr establecer garantías mínimas de atención en salud para la población pobre y vulnerable; es necesario establecer la relación nación-provincias en el centro mismo de las reformas. La segunda es comprender que la pareja es asimétrica y que los hombres han tenido históricamente más poder para pautar sus comportamientos y el de sus parejas.

Así y respecto a la primera lección, en los noventa, las principales reformas se enfocaban en una transformación de la seguridad social del orden nacional. Se esperaba que, mediante ese cambio, se pudiera, indirectamente, incidir sobre los servicios brindados a la población pobre y vulnerable no cubierta, dependiente del nivel provincial. Esta estrategia no funcionó: la transformación del sistema de salud fue marginal y no logró modificar los incentivos, el acceso y la prestación de servicios para los pobres no asegurados en el nivel provincial. Son las provincias Argentinas quienes atienden a los sectores más vulnerables, más aún en tiempos de crisis, y quienes poseen la oferta pública para hacerlo; la importancia del rol de la provincia se hace aún más evidente al tener presentes otras características propias del sector salud argentino. Estas características, fuertemente relacionadas entre sí, incluyen: (i) su naturaleza federal, (ii) su complejidad en términos de economía política y (iii) su heterogeneidad. La mayor parte de estos programas de reformas provinciales giraron en torno a cinco objetivos principales: el desarrollo de esquemas de atención (en algunos casos, llamados “seguros públicos”) que garanticen y mejoren los servicios de salud para la población pobre no asegurada; la autonomía hospitalaria y el mejoramiento del desempeño del hospital público; el equilibrio financiero; el fortalecimiento de las capacidades legales y operativas de los Ministerios de Salud Provinciales; y el fortalecimiento de la atención primaria en salud.

El papel preponderante de las provincias en salud es innegable. A mediados de la década de los noventa, el gobierno nacional impulsó la llamada política del “hospital público de autogestión” (HPA), a través de la cual buscaba mejorar el desempeño de los hospitales públicos argentinos. El nuevo paradigma de las políticas sociales permitió a los gobiernos provinciales constituirse como actores capaces de diseñar e implementar políticas sociales. De hecho, a partir de la crisis, las provincias y municipios buscaron comprender acciones de contención, si bien con recursos económicos y humanos menores que la Nación (Rocchi y Liborio, 2012: 3).

Estas reformas tuvieron distintos resultados variables en medio de acentos diferentes puestos por cada provincia; en general, se presionó al ministerio de economía o al ejecutivo para alcanzar los objetivos planteados. Por otro lado, la alta inestabilidad del marco institucional y de las autoridades sanitarias de las provincias dificultaron tanto el desenvolvimiento de los programas de reformas como la sostenibilidad de los mismos

luego del final de la operación de préstamo (tal es el caso de Tucumán, San Juan, Río Negro). En algunos casos (Río Negro y San Juan), el programa de reformas quedó inconcluso.

Los mecanismos introducidos en estas reformas provinciales y sus resultados (tanto positivos como negativos) presentan ejemplos de las modalidades de incentivos a utilizar en las relaciones entre actores del sector salud. El sector salud argentino, tal como venimos señalando, está inmerso en una compleja estructura federal (política, institucional y administrativa), que siempre debe ser tenida en cuenta. Aunque es el nivel nacional el que regula y orienta el sector en general, son los gobiernos provinciales, enmarcados en sus propias constituciones, los responsables de garantizar el derecho a la salud de sus ciudadanos. Así, todo intento de reforma comprensiva y sostenible tiene que partir de las propias provincias y ser enmarcada en un espacio efectivo de negociación y conducción federal del sector salud.

Es en este espacio donde se deben articular las responsabilidades e iniciativas provinciales con un propósito y sentido nacional. En consecuencia, las posibilidades de éxito de reformas que sean planteadas desde arriba, sin reconocer el rol activo de la provincia, se reducirán, e incluso estarán condenadas al fracaso; lo mismo puede pensarse de proyectos identificados e implementados desde la nación. Introducir la perspectiva de género se torna necesario en materia de derechos reproductivos, como ya hemos señalado, ya que la mujer argentina, como receptora de políticas de población según fuera el objetivo político de los gobiernos, pasó históricamente de ser madre y reproductora de la clase obrera, a ser controlada por su alta natalidad o bien, luego, a ser controlada por medios coercitivos para fomentar el crecimiento poblacional nuevamente. Frente a esto, la concepción cultural sobre la reproducción todavía se inclina fuertemente hacia patrones androcéntricos; así es como, tradicionalmente, las políticas públicas dirigidas a la mujer en la Argentina han respondido a criterios en los que la población femenina no era propiamente sujeto de derechos, sino que los alcanzaba a través de la familia o la pareja.

El esfuerzo mayor de las políticas públicas radica en crear las condiciones básicas para que el ejercicio de los derechos de toda persona, varón o mujer, sea posible; sin embargo, la existencia de condiciones materiales (servicios de información adecuados, establecimientos de salud con personal capacitado, disponibilidad de métodos

anticonceptivos en una amplia gama, entre otras) es también imprescindible. Lo anterior tiene consecuencias claras para la situación de la mujer en América Latina; la cuestión central ya no es si las mujeres utilizan activamente al Estado para promover asuntos concernientes a sus reclamos, sino si las mismas pueden valerse todavía de los gobiernos para defender sus logros alcanzados tan imperfectamente (Jelin, 1997). Nos vemos en la obligación de acordar con Butler, que afirmó que una serie de dispositivos de control y regulación fueron puestos en marcha para forjar un determinado modo de deber ser ciudadano o ciudadana, varón-mujer, y la forma en como deben funcionar (Butler, 2006), y en este sentido y en consecuencia, podemos señalar que, históricamente, las mujeres están sometidas a mayor cantidad de situaciones de vulnerabilidad en relación a los hombres.

Esto significa pensar una lógica organizacional que se contraponga a la que estructuró las organizaciones del sector salud bajo un modelo vertical de atención a la enfermedad; la aplicación de lo anterior permite que, en el proceso de toma de decisiones, se produzca el acercamiento entre la epidemiología y la gestión, logrando de esa manera incorporarla como apoyo para la definición de prioridades, objetivos y estrategias. De igual modo, permite obtener su colaboración en la configuración de los servicios (descentralización e integración de los servicios en los programas); en las mejoras de las prácticas de los profesionales (eficacia y eficiencia); en las mejoras de las prácticas de gestión y en el establecimiento de las prioridades de investigación (Dussault, 1995), y particularmente, permite contar con profesionales y servicios sensibles al género.

Es necesario construir una política de salud pública desde la epidemiología. A esta última la entendemos en su acepción más amplia, es decir, como epidemiología sociocultural, la cual integra teorías y métodos desarrollados por las ciencias sociales (Menéndez, 2008; Massé, 1995) para dar cuenta de los estados de salud poblacionales, de sus determinantes y de las respuestas sociales a los problemas de salud.

1.3. El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Perspectiva de género en salud pública

El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) se constituye en el Marco del Programa Funciones Esenciales de Salud Pública, coordinado por la

Jefatura de Gabinete del Ministerio de Salud y financiado con Presupuesto Nacional y Fondos del Banco Mundial. La Ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, aprobada en el segundo semestre del 2002, crea el programa nacional de salud sexual y reproductiva y puede contribuir a superar esta situación. Este antecedente fue un impulso para innovaciones legislativas en materia de salud pública con una mirada sensible al género; de esta manera, sirvió de impulso para la sanción de la Ley Nacional N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica, y la Ley Nacional N° 26.150 de Educación Sexual Integral.

Podemos observar varias tensiones subyacentes en el diseño del programa; una primera, entre los derechos individuales y los colectivos; una segunda, entre el principio de igualdad y el derecho a la diferencia; una tercera tensión, entre una perspectiva anclada en derechos universales y una perspectiva que parta de los sistemas de relaciones sociales; y una última, entre las responsabilidades públicas y el respeto a la privacidad. Todas estas merecen un análisis particularizado.

Asimismo, creo que existen algunos interrogantes que históricamente nos hemos formulado con respecto a los derechos sexuales y que hoy tienen respuesta. Las mujeres son sujetos antes que madres, y pueden decidir cuándo, cómo y de quién tener hijos; esta capacidad de decisión que viene a dar, en parte, el programa está sujeta a dos obstáculos: en primer término, la socialización de género y la identidad de las mujeres sigue fuertemente asociada con la maternidad y con el control de nuestra sexualidad; en segundo lugar, hay una traba material, la autonomía de cada mujer sólo es posible si le son otorgadas las condiciones adecuadas.

En el mismo sentido, el Programa realiza un importante avance en términos preventivos respecto al VIH/SIDA, ya que, en la última década, aparecen las mujeres de los sectores populares entre las más vulnerables, a partir de la caída de la homosexualidad como referencia central. Así, ellas surgen lentamente como el eje de intervención y control en la prevención de la pandemia. En los primeros momentos, se consideraba una relación de cuatro hombres por cada mujer, hoy se propala, como una tendencia irreversible, “el proceso de feminización del SIDA a lo largo, fundamentalmente, de la última década”. Dicha afirmación, sostenida desde los informes científicos, se basa en estudios sobre categorías específicamente femeninas: las prostitutas; las de conductas sexuales permisivas y las madres, con una característica común, la pertenencia a sectores sociales pobres que

pueden ser abordados por el solo hecho de ser demandantes de los servicios de salud. De allí se deriva la otra característica de la pandemia: el empobrecimiento.

Mientras tanto, en un sistema paralelo, se desarrolla la atención para los grupos poblacionales acomodados, de los cuales se conoce bastante poco, por razones obvias; y ello distancia aún más las posibilidades de construcción del objeto de estudio: la pandemia. Este fenómeno de la feminización es explicado como consecuencia de la combinación de una serie de factores biológicos y sobre todo sociales, en los que interactúan viejos temas conocidos para la mujer, como su vulnerabilidad biológica y su subordinación social. Según los informes científicos, las mujeres de todas las edades tienen mayor probabilidad de infectarse por el VIH que los hombres.

Esta situación obedece a una problemática social tan observable como naturalizada, que tiene que ver con una marcada diferenciación entre los sexos, en la que los hombres imponen su supremacía sobre las mujeres no sólo en cuanto a la práctica de la vida social, sino en cuanto a las elaboraciones sobre la realidad. Así se obtiene una noción distorsionada de la mujer vinculada a esta diferenciación jerarquizante; e igualmente se generan visiones parciales que son proclamadas como universales y generalizables (Moreno, 1986).

Para alcanzar sus objetivos, el Programa prevé el entrenamiento y la acción de agentes comunitarios; el fortalecimiento de los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y la provisión, en la red asistencial pública, de métodos modernos (reversibles) de anticoncepción. Todo esto debe realizarse a través de vínculos que se generan por un trabajo interdisciplinario e intersectorial de construcción de redes sociales para la búsqueda de soluciones, el mejoramiento de la situación de vida de las mujeres, el ejercicio del derecho a la existencia y al bienestar, y para la construcción de ciudadanas libres y autónomas. También se intentó, infructuosamente, regular la actividad de los seguros de salud privados y promover la competencia entre éstos y los aseguradores de la seguridad social nacional. No obstante la solidez técnica en los diseños de estas reformas, los resultados obtenidos fueron en su mayor parte parciales y claramente insuficientes para resolver los problemas estructurales del sector y mejorar su desempeño.

Así, la implementación efectiva del Programa de Salud Sexual y Reproductiva —de

reciente lanzamiento, luego de la promulgación, en el 2002, de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable— fue y sigue siendo decisiva para reducir las altas tasas de mortalidad materna e infantil, en especial, en la población más vulnerable.

En cuanto al ámbito de aplicación personal de la ley, será destinataria de la misma la población en general, sin discriminación alguna; así quedan incluidos los menores de edad, debiendo considerarse primordialmente, en todos los casos, la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la ley.

El decreto reglamentario agrega que, a los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, se considerará al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud, y dentro de ella, de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades.

Asimismo, se establece que en las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de 14 años. También se determina que las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.

En cuanto a la formación y la capacitación de educadores, trabajadores sociales y operadores comunitarios, la ley requiere formar agentes aptos para mejorar la satisfacción de la demanda por parte de efectores y agentes de salud; contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa; promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados al programa; detectar adecuadamente las conductas de riesgo; y brindar contención a los grupos de riesgo de acuerdo con la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

Se establece que serán deberes del Ministerio de Salud, en su carácter de autoridad de aplicación de la ley, realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa, y suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones. A tal fin, cada gobierno local percibirá las partidas del Tesoro Nacional previstas en el presupuesto. El

decreto reglamentario reza que, en todos los casos, el método y/o elemento anticonceptivo prescripto, una vez que la persona ha sido suficientemente informada sobre sus características, riesgos y eventuales consecuencias, será el elegido con el consentimiento del interesado, en un todo de acuerdo con sus convicciones y creencias y en ejercicio de su derecho personalísimo vinculado a la disposición del propio cuerpo en las relaciones clínicas; este derecho se caracteriza como innato, vitalicio, privado e intransferible, sin perjuicio de lo establecido sobre las personas menores de edad. Asimismo, se aclara que deberán entenderse por “métodos naturales” los vinculados a la abstinencia periódica, los cuales deberán ser especialmente explicados por los profesionales.

La norma también atiende a la publicidad del Programa, determinando que el mismo deberá ser difundido periódicamente; agrega el decreto reglamentario que los Ministerios de Salud, de Educación, Ciencia y Tecnología y de Desarrollo Social deberán realizar campañas de comunicación masivas, al menos una vez al año, para la difusión periódica del Programa.

Asimismo, se hace referencia a la educación sexual en las instituciones educativas públicas y de gestión privada (confesionales o no), estableciendo que las mismas darán cumplimiento a la norma en el marco de sus convicciones. En este punto, es necesario tener presentes las disposiciones de la Ley N° 26.150, sancionada el 4 de octubre del año 2006, que creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral con el objetivo de incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas.

Así se pretende asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral; promover actitudes responsables ante la sexualidad; prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular; y procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

En torno a la ya mencionada objeción de conciencia, se establece que las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud podrán, con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6° de la ley en lo referente a la prescripción y suministro de métodos y elementos anticonceptivos. El decreto reglamentario agrega que se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el

Programa, previa fundamentación, y que ello se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción; asimismo, establece que los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada.

El articulado de la ley también refiere al financiamiento del Programa y establece que el gasto que demande el cumplimiento del mismo para el sector público se imputará del Presupuesto General de la Administración Nacional a la jurisdicción del Ministerio de Salud al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En cuanto a las adhesiones a la ley, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fueron expresamente invitadas a adherir a las disposiciones de la misma.

En complemento con la norma aquí tratada, el 29 de agosto del año 2006 tuvo sanción la Ley Nacional N° 26.130, que creó el Régimen para las Intervenciones de Contraconcepción Quirúrgica. Esta ley reconoce el derecho de toda persona mayor de edad a acceder a la realización de las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía en los servicios del sistema de salud. Se establecen como requisitos básicos para que una persona pueda solicitar la práctica de contracepción quirúrgica, la mayoría de edad, la capacidad (legal) y el consentimiento informado; además, se aclara que no será necesario el consentimiento del cónyuge o conviviente, ni la solicitud de una autorización judicial.

Asimismo, la ley adecua sus contenidos a los regímenes del ejercicio de la medicina (Ley N° 17.132) y del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley N° 25.673).

El Programa intenta fortalecer los programas provinciales, muchos de ellos anteriores al programa nacional, a los fines de trabajar en la mejora de las coberturas y de la calidad, y para generar instancias de coordinación y de articulación con la política nacional. En el mismo sentido, el eje de intervención tiene que ver con garantizar el acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva; particularmente, en lo que hace al aseguramiento de insumos, distribución de estos, la difusión, la capacitación y todo lo que son las campañas de comunicación e información.

La promoción de los derechos sexuales y reproductivos es pensada, en cuanto a su diseño, desde una perspectiva de los derechos humanos. Así, la estructura del Programa se ha planteado de manera de revisar el sistema de salud, reviendo la idea de igualdad en la

oferta de los servicios de salud, que es un derecho que no siempre ofrece la equidad en el acceso ni garantiza la efectividad en toda la población por igual.

Nuestro análisis pretender hacer hincapié en la situación subordinada de la mujer, y en cómo las problemáticas de la misma se tratan sin lograr modificar la propia y sistémica sumisión de la mujer. Así, por su condición, ellas no saben, tienen conductas permisivas o son irresponsables; desde esta perspectiva, la preparación de la mujer para exigir, para decir que no, para hacerse reconocer, es una tarea que pasa a ser de responsabilidad individual, como si ello desembocara en alguna influencia sobre un atavismo colectivo milenario. Y también, y en el mismo sentido, creemos en la necesidad de propiciar políticas que sean sensibles a la desigualdad de género, así como a las clases. Es decir, es indispensable conocer la diversidad de las mujeres en relación a su participación social en la esfera económica, el impacto que lo económico tiene en la calidad de vida; conocer también sobre la valoración social, además de profundizar en las referidas problemáticas de enfermedades de transmisión sexual.

La violencia sexual dirigida particularmente contra las mujeres y niñas es el signo más notorio de la dominación masculina, y aumenta la vulnerabilidad a la infección por el VIH y otras enfermedades, ya sea directa o indirectamente. La violencia doméstica reduce el control de las mujeres sobre su exposición al VIH; las mujeres se ven imposibilitadas de poner en tela de juicio a sus parejas por sus relaciones extraconyugales, de negociar el uso del preservativo, de negarse a tener relaciones sexuales, y de reclamar o pedir sentir placer. Así, la vulnerabilidad femenina en las relaciones sexuales, o la ausencia de ellas, es una de las formas de ejercicio de la violencia toleradas socialmente, incluso inconscientemente por las propias mujeres.

Sin duda, si el objeto de las relaciones fuera el placer entre dos personas que se consideran una a la otra, estaríamos hablando de otro tipo de problema; ello no significa que las infecciones sexuales desaparecerían, sino que, seguramente, responderían a otro contexto, implicarían otras significaciones y adoptarían otras dimensiones.

En este sentido, siguiendo a Elizabeth Jelin, la mujer carga con un estigma en relación a su cuerpo; este cobra un valor social muy especial por el valor de gestar; así, la necesidad de controlar el cuerpo femenino tiene que ver con la propiedad privada y la herencia de ésta, y además es un cuerpo que genera placer (Jelin, 1997). Cualquier intento

de ejercer poder sobre la reproducción implica apoderarse y manipular el cuerpo de las mujeres, sea de forma privada o pública (políticas públicas, deseos de paternidad), de tal modo se afirma, implícitamente, que el placer es del hombre, al que la mujer sirve.

La propuesta de salud reproductiva viene a reconocer, en términos formales, esta histórica forma de opresión, y a impulsar cambios en este sentido; en esta misma dirección, el tema de la prevención del VIH/SIDA a partir del control informado es uno de los pilares de la normativa aquí tratada.

Desde hace algunos años, internacionalmente, las mujeres representan el eje de las estrategias poblacionales de salud. Con las estrategias de abordaje de los problemas para controlar los estragos de la pandemia, las mujeres se convierten en el blanco de los programas que, desde los organismos internacionales, los gobiernos nacionales y locales, se reconocen como una vía por la cual entrar y sostener una estrategia aceptada científica y socialmente. El crecimiento vertiginoso de la infección en niños intrauterino llevó a realizar la serología universal y voluntaria para el VIH/SIDA como parte del control prenatal a las embarazadas. Se trata de una situación que requiere el consentimiento informado y escrito de la realización de este estudio; con respecto al procedimiento, se indica que, “en caso de resultar positivo, se debe realizar la evaluación de sus parejas sexuales e hijos anteriores y la inclusión de la embarazada en el protocolo de tratamiento”. Desde su implementación en la provincia de Santa Fe, se trabajó con los miembros del equipo de salud en el desarrollo de este proceso, evidenciándose que las intenciones se centraban en la protección del embrión y de las madres, indicando la aplicación del tratamiento a cargo del Estado. El análisis de los discursos oficiales en el caso del VIH/SIDA en las mujeres muestra una generalización de la información perteneciente a ciertos grupos sociales (los que consultan al servicio público de atención médica), mientras permanece en la oscuridad la experiencia de otros; esto atenta contra la riqueza de la problemática, al permanecer fuera de alcance aquellos que no concurren al servicio público. En segundo término, se aplican modelos de explicación y de intervención ya probados en otras problemáticas y que muestran en este tema sus limitaciones y se convierten en un obstáculo para poder pensar estrategias acordes. Desde la perspectiva de la experiencia de mujeres con VIH/SIDA, éstas admiten abiertamente su carácter de subordinadas en las relaciones de pareja y la mejor disposición de estrategias por parte del hombre para seguir ocupando su lugar de dominio. Esta

afirmación consciente sobre la situación, suele llevar implícita la aceptación de la misma por parte de la mujer, como si resultara natural que así sea; la relación con el hombre se mueve entre gradaciones de excepcionalidad en carga emocional y en peligros, manifestados en prácticas riesgosas que adquieren significado positivo en el contexto de la unión sexual.

El PSSyPR fue elaborado pensando en las condiciones de vulnerabilidad biológica de las mujeres, hecho que se ve agravado por la dependencia social, cultural y económica de las mismas; pero observamos que no se aclaran los términos que definen la dependencia social, económica y cultural y los fenómenos que subyacen y hacen posible esa dependencia, como es el caso de la violencia de género, que se expresa en la violencia sexual, entre otras. Como ya hemos manifestado, consideramos a las mujeres más vulnerables en el marco de las relaciones sexuales; esta vulnerabilidad se funda en tres afirmaciones que no son discutidas: la primera es que las mujeres tienen relaciones sexuales, siempre que sea en forma consentida, mediante un contrato natural donde ellas mismas renuncian a la opción del reclamo del cuidado de su propio cuerpo; la segunda es que la información, por más que se tenga, pierde su valor frente a situaciones de violencia. Y por último, que hay un estado de relaciones de poder que lleva a la aceptación de la violencia de género; y en los contextos en los que suelen darse la relación genital, ésta también marca una presencia de violencia en otros términos. Las prácticas violentas no consentidas por las mujeres posibilitan la transmisión del VIH y otras enfermedades.

Sobre estos temas la ciencia no profundiza, y deja, solo como enunciado, el mecanismo de poder implícito en la relación hombre-mujer. En tal sentido, las condiciones de vida en el patriarcado parecerían ir de la mano con un discurso que parece querer legitimarlo y reproducirlo. Si pensamos que todo discurso incluye, ordena y afirma una serie de elementos y excluye a otros, esta puede ser una línea de indagación fructífera en relación al orden androcéntrico del discurso lógico-científico (Moreno, 1986).

A modo de cierre, cabe señalar que la promoción de los derechos sexuales y reproductivos es una acción que el Estado debería enfatizar; las acciones de este actor deberían estar orientadas a proteger, garantizar y promover esos derechos, diseñando políticas integrales y transversales al género y la orientación sexual. Este es el desafío no sólo para el Estado sino para la sociedad civil en tanto veedora, es algo que se hace

indispensable para desbaratar “la espiral de violencia” que avanza sobre las mujeres.

1.4. Políticas de salud pública durante el período 1996-2010. El caso del Municipio de Rosario

De acuerdo a la Constitución provincial, la salud es un derecho. La estructura sanitaria provincial está compuesta por servicios públicos y privados y por el sector de las obras sociales. El Estado actúa como prestador de servicios y como regulador de los otros sistemas (público, privado y de seguridad social). En determinados núcleos o ciudades, se ubican las sedes administrativas y las de los distintos servicios, entre ellos los del Ministerio de Salud

La red de servicios públicos estatales esta conformada por centros de atención provinciales y por centros dependientes de los municipios. Incluye efectores municipales de atención primaria, de segunda complejidad y de tercera, además de una red de unidades móviles para atención.

En relación a la salud y la adecuación de los distintos programas nacionales a las provincias, partiremos de establecer las estrategias desarrolladas por los gobiernos provinciales respecto de la nacional. Para ello, nos basamos en las categorías elaboradas por Senén González para el sistema educativo: autonomía con iniciativa; aceptación y adaptación activa; aceptación pasiva y resistencia (Senén González, 2000). A los fines de este trabajo, consideraremos que existe “adaptación activa” cuando las jurisdicciones adoptan una estrategia de aplicación de las políticas nacionales, adaptándolas a las necesidades y proyectos propios; existe “adaptación pasiva” cuando las jurisdicciones adoptan una estrategia “minimalista” en la aplicación de las políticas nacionales, mostrando escasos avances en el ritmo de ejecución de las reformas —los proyectos del Estado nacional son aceptados en forma acrítica, sin redireccionar objetivos ni recursos—. Existe “resistencia” cuando las jurisdicciones expresan su voluntad de excluirse de las políticas propuestas por la Nación, o las absorben de manera sumamente lenta; ello implica el punto más fuerte de confrontación política.

En el caso de la provincia de Santa Fe, en relación a las políticas de salud pública, podemos señalar que se enmarca dentro de una “adaptación activa”.

La intendenta actual de la Municipalidad de Rosario, Mónica Fein, señaló que la atención de mujeres en la red de Salud Pública municipal posee un lugar privilegiado en aspectos como la procreación responsable, prevención y detección temprana de cáncer de mama y cuello de útero, atención y cuidado del embarazo.

Sabemos que las afirmaciones del ejecutivo municipal son parte de la realidad; Rosario es uno de los primeros municipios que ha creado una política sostenida, accesible y a largo plazo. Sabemos que falta mucho, y no negamos los desafíos que quedan por delante, pero tenemos la convicción de que, siempre acompañados por las OS, los grandes desafíos pueden ser sorteados. Las acciones que se realizan en los centros de salud, en las maternidades, en los distintos efectores, hablan de muchísima gente que se ha involucrado fuertemente para obtener buenos resultados. Esto no se hace si no hay una convicción que parte, desde hace muchos años, desde la administración, con grandes inversiones en el área de Salud.

Cabe mencionar algunas fechas significativas que dan cuenta de las acciones sostenidas por el municipio en materia de salud de las mujeres: en el año 1991, se comenzó el abordaje de la salud sexual y reproductiva realizando los primeros DIU y anticonceptivos para distribuir en los efectores públicos; en 1996, se crea el Programa de Procreación Responsable, a través de la Ordenanza N° 6.244, que luego, en 1998, se transformó en el Programa de Salud Integral de la Mujer. Hacia 2001, la Ordenanza N° 7.282 promueve la anticoncepción de emergencia, antes de que en 2003 se promulgara la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. En ese entonces, Rosario desarrollaba estrategias de Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva.

En 2004, comienza a regir la política de Parto Respetado y Maternidad segura y centrada en la familia; y en el 2007, a través de la Ordenanza N° 8186, se promulga el Protocolo de atención de Abortos no punibles en efectores públicos de salud, “el desafío que tiene la Salud Pública es que todo aquello que esté disponible, esté disponible para todas”.

Integrar las perspectivas de género en la salud pública significa tener en cuenta las diferentes necesidades de la mujer y del hombre en cada fase de desarrollo de las políticas y los programas, procurando identificar las relaciones asimétricas que dan origen a un acceso y ejercicio inequitativo en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales.

El objetivo fundamental es lograr la igualdad de género. La incorporación de una perspectiva de género en la Salud Pública implica abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en los resultados sanitarios, para mejorar así la eficiencia, cobertura y equidad de los programas. Desde el sector de salud, se evidencia una multiplicidad de factores que inciden en la calidad de vida de las mujeres, que son las que mayormente requieren los servicios de salud. En ese sentido, desde el municipio se realizan numerosas acciones preventivas en pos de una atención oportuna, así como acciones destinadas a fortalecer el campo de los derechos de las mujeres.

Como nos contaba la Dra. Pini: “[...] por lo menos, hace bastante que yo estoy acá y hemos trabajado con el tema de género respetando la elección del paciente, acá los pacientes tienen toda su historia clínica con su nombre [...]. A mí, particularmente, siempre me preocupó y siempre trabajé en función de la igualdad y el respetar la autonomía de las personas, y bueno, obviamente que hay un abordaje y hay una direccionalidad desde la secretaría de salud pública y desde el municipio en ese sentido, y nosotros tenemos la obligación de acompañarlo, así que... Pero..., en general, no hay rechazo a esto, y como se trabaja, digamos, desde, obviamente, digo, en este sentido, así como, digo, como se trabaja la no discriminación, digamos, en relación al género que elige la gente...”.

Salud y calidad de vida guardan una estrecha relación con el medio ambiente físico, social, laboral y con los factores socioeconómicos y culturales; desde esta mirada, nos proponemos un trabajo integrador para la construcción de opciones y entornos saludables.

En el marco de las políticas generales del Municipio Rosario, se trabaja en la construcción de los distritos sanitarios que pretenden recuperar la idea de territorialidad que guía la gestión municipal para plasmarla en la red de salud. De este modo, cada equipo de gestión del distrito tendrá autonomía para tomar decisiones, integrando en sus propuestas de trabajo el protagonismo de la comunidad en la definición de prioridades, estrategias para abordarlas y la evaluación de las acciones.

A este respecto, la Dra. Pini señala que: “[...] trabajamos con todos los centros en red nosotros, eso depende de la especialidad en general. Hay especialistas por territorio, casi todas las especialidades están territorializadas, esto qué significa, digamos, eh, que cada territorio o cada distrito tienen una población a cargo. En realidad, no tiene la población sino que tiene equipos de referencia, nosotros lo pensamos así, que el referente es

el especialista, que el equipo y no los pacientes, digamos, el paciente tiene la referencia en el equipo de atención primaria. Eh..., tenemos especialidades que tienen cupo de atención por centro de salud, por distrito, que son las más comunes, digamos, las especialidades más básicas, y especialidades que no, a lo mejor es única en la red, y accionan en la demanda, digamos, serían referente de todo el territorio, de toda la zona, como puede ser, por ejemplo, genética...”.

En el nivel local, el trabajo en los distritos se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad desde una perspectiva integral de las problemáticas de la salud. Así, las directrices que guían este proceso son la equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social y la contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud. De estas directrices se desprenden los siguientes ejes de trabajo: prácticas en función de las necesidades del barrio; estrategias para lograr equidad en la utilización de los servicios; organizaciones democráticas con trabajadores autónomos y responsables; participación de los equipos de salud en el diseño de las estrategias y la toma de decisiones; programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos.

El Sistema de Seguridad Social Médica (SSSM) en Argentina atravesó, en los últimos veinte años, una crisis de sus formas organizativas y sus posibilidades financieras que acompañó, con su propio ritmo y sus particulares contradicciones, las condiciones de crisis social, económica, cultural y política que el país debió enfrentar en los últimos años ochenta y, poco más tarde, en los últimos noventa. En el intermedio de esas dos coyunturas, se generó un intento de cambio institucional orientado a superar las distorsiones que la provisión de atención médica había acumulado a lo largo de su desarrollo en las décadas.

Así como señala Cravino, en el marco del proceso de Reforma del Estado, los municipios, a través de mecanismos de descentralización, o de la asunción de demandas locales (por ejemplo, la creación de centros de salud) adquieren un papel más que importante en materia de políticas sociales, en este caso, de salud (Cravino, 2000). En el mismo sentido, Lo Vuolo señalaba que existe unanimidad sobre algunas cuestiones; por ejemplo, que la descentralización, la equidad en la distribución de cargos y transferencias son problemas centrales; sin embargo, agrega, no basta con inscribirlos y describirlos, es necesario analizarlos y darle sentido, sobre todo, en materia de salud pública (Lo Vuolo,

1994).

La importancia de los estudios sobre equidad en salud a nivel municipal se relaciona con la jerarquía que toma el tema de la cuestión municipal en el discurso sanitario en las últimas décadas. Pensar la reducción de inequidades y los problemas de salud pública a partir de lo “micro” aumenta las posibilidades de concretar acciones, porque facilita la implicación de los trabajadores de salud en la solución de dichos problemas. Por ello planteamos la necesidad de generar estudios sobre equidad a nivel de microáreas (municipios, áreas programáticas, barrios), aptos para guiar la toma de decisiones y los procesos de trabajo a nivel local; esto pretende constituirse en una experiencia susceptible de ser aplicada a la gestión local en salud y replicada en unidades territoriales de base municipal.

Sin embargo —y no es menor destacar que en este marco de reformas existe una permanente tensión entre los tres niveles (Nación, Provincia y Municipio)—, no obstante la importancia y complejidad de las relaciones nación-provincias en salud, el sector no cuenta con instrumentos o espacios efectivos para su coordinación. A diferencia de otros sectores que cuentan con sus propias leyes y marcos nacionales (por ejemplo, educación), o de otras actividades productivas que disponen de consejos efectivos para deliberar y definir inversiones y políticas (por ejemplo, en minería o energía eléctrica), Argentina carece en salud de una ley nacional que enmarque las relaciones sectoriales, o de un espacio efectivo para articular las jurisdicciones y avanzar en grandes propósitos nacionales.

El principal instrumento para corregir este vacío, el Consejo Federal de Salud (COFESA), carece, a la fecha, de atributos legales y funcionales que le permitan cumplir un rol efectivo.

Además de apoyar a las provincias en el acceso a servicios individuales, el gobierno nacional tiene la responsabilidad de garantizar la salud pública. Este desafío incluye: revisar el conjunto de programas nacionales para determinar cuáles deben seguir siéndolo y en qué condiciones; fortalecer aquellos programas prioritarios; desarrollar nuevos programas necesarios; garantizar un adecuado nivel de financiamiento y gestión para el conjunto de programas.

Aunque dentro de la bibliografía disponible sobre la problemática local tiende a prevalecer aquella que destaca su relevancia para hallar nuevas posibilidades y modelos de

desarrollo, no son pocos los estudios que, desde una perspectiva política, comienzan a resaltar el renovado papel que adquieren las ciudades en la búsqueda de respuestas, desde la gestión local, a los problemas de nuestras democracias. Aunque es preciso evaluar las ventajas comparativas que ofrece la escala local como fuente de innovación institucional, también debemos recordar que el déficit de la democracia no se resuelve mágicamente descendiendo en la escala demográfica o espacial. Ello exige mantener ciertos recaudos frente a la tentación de idealizar lo pequeño como garantía de mayor participación y libre debate democrático. El “descenso a lo local” no es garantía suficiente para el progreso democrático, de modo que es imperioso evaluar sus aportes sin caer en una sacralización que lo convierta en clave suficiente para el perfeccionamiento de la democracia (Rosanvallon, 2007).

El sector salud, como otros, se encuentra con grandes dificultades post-crisis del 2001: la herencia de la mercantilización realizada en los noventa; el incremento de los nuevos pobres y la precariedad laboral; a lo que se suma, en el caso del Municipio de Rosario, tener que coordinar, tarea no sencilla, los servicios de los distintos niveles estatales. Todo lo cual deja como resultado un panorama nada alentador. En este sentido, y a pesar de las dificultades que implica analizar los municipios en tanto unidades político-administrativas con competencias fragmentarias sobre la salud de la población, que deben captar y canalizar recursos de agencias diversas y desde niveles jurisdiccionales diferentes y articularlos para poder dar respuestas satisfactorias (Chiara, 1999), nos hemos propuesto trabajar en el caso del Municipio de Rosario.

Rosario posee una población aproximada de 909.397 habitantes; de estos, más del 52% son mujeres, y casi un 30% son niños y jóvenes de hasta 17 años. El área metropolitana concentra el 53% de la población total de la Provincia (Rocchi, 2007). Para la denominada área Gran Rosario, el cambio decreciente en la industria manufacturera fue del 20.3% entre 1985 y 1994, esto significó el deterioro de las condiciones de vida de la población; así, la sociedad rosarina sufrió un incremento de la pobreza (Rocchi y Liborio, 2012).

A mediados de los años ochenta, se registraron en Rosario, por primera vez, niveles de desocupación superiores al 10%; a partir de 1989, las tasas de desempleo nunca fueron inferiores a ese porcentaje, llegando a 20,9% en mayo de 1995.

Hoy, como producto de la entrada en un ciclo de crecimiento económico aparentemente sostenido, se comienza a invertir este proceso. En este sentido, en el Gran Rosario, la proporción de personas bajo la línea de pobreza era del 35,8% (onda mayo 2001), llegando en la onda octubre 2003 al 47,9%; la proporción de personas bajo la línea de indigencia llegaba en el 2003 al 23,9%. La tasa de actividad para el Aglomerado Gran Rosario creció, a partir del primer trimestre del año 2004, desde un 44,3% al 46,5% en el segundo trimestre del 2007; la tasa de empleo pasó de un 36,7% a un 41,3%, comparando los mismos períodos. La tasa de desocupación disminuyó del 17,2% al 11,2%, y la tasa de subocupación del 10,6% al 5,6%; ello indica una sostenida recuperación del empleo y una reducción importante del nivel de desempleo, se contabilicen o no los programas sociales. La década del noventa significó un incremento de la pobreza en Rosario y el deterioro se materializó en los asentamientos irregulares que rodean la ciudad y se multiplican.

Hay un cinturón de asentamientos irregulares que rodea la ciudad y todos los días se acrecienta; el trabajo, aun siendo precario, se da en los aglomerados urbanos y no en el campo. La innovación tecnológica expulsa a los pobladores rurales así como la pobreza y la escasez de servicios de infraestructura. Rosario hoy es polo de atracción no sólo de inversiones, sino también por la dimensión integrativa que sigue teniendo el trabajo o bien por la infraestructura de servicios de salud y educación. Esto viene a colación de pensar en que la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, ya que constituye un complemento bio-psico-social Y como señala Eduardo Bustelo (1998), la forma de considerarla ha ido variando en los distintos momentos históricos; así, en una primera etapa, la enfermedad era la forma preminente de ganancia; mientras que en un segundo estadio de acumulación, en el cual entra el capital financiero, lo que interesa es la prevención. Por lo tanto, existe una presencia del mercado en el sector salud, y es necesario que esto sea regulado por principios morales. Aquí subyace una idea: la mejor política de salud es el empleo, un problema que atraviesa el Municipio partiéndolo en dos, o mejor en tres: desocupados, precarizados y los que poseen un empleo digno.

En el Municipio de Rosario, las políticas, desde hace ya varios años, son pensadas desde la ciudad como espacio de discusión entre gobernantes, técnicos y especialistas, espacio en el que se manifiestan desacuerdos y conflictos sociales, y los ciudadanos son pensados como sujetos activos y capaces de trabajar por la igualdad de oportunidades.

Desde 1989, el Municipio se abocó a la denominada construcción de una salud solidaria, en 1999, aún el 50% de la población no poseía obra social. La política de salud priorizó la atención primaria, y como dispositivo, promovió los centros de salud. Estos constituyen una red que se comunica con los hospitales de referencia, esta viene complementada por un centro de especialidades médicas ambulatorias. Entre las acciones prioritarias del Municipio para garantizar el acceso a la salud se destacan (1989-2011): control del niño sano, distribución de medicación gratuita, seguimiento del embarazo. La columna vertebral de la política de salud rosarina es la rejerarquización de la atención primaria, así como el reequipamiento hospitalario, hecho que ha sido muy bien recepcionado en la población; la situación en salud del Municipio pudo ser revertida gracias al aumento presupuestario para este sector. El 28% del presupuesto, sumado a la denominada “construcción colectiva”, donde los profesionales tuvieron alto grado de participación, permitió llevar a cabo las reformas. La idea que atraviesa la gestión, según señalan, tiene que ver con pensar un sistema de salud abierto, donde la inversión en lo social permite aceptar las diferencias, pero trabajando para que no se conviertan en desigualdades, es decir, desde su perspectiva, el ejecutivo municipal considera que de esta forma se reconstruye la ciudadanía.

En los años noventa, asistimos a un creciente activismo cívico de nuevo cuño; la discusión en torno al Estado se concentró en lo económico-administrativo, dejando pendiente aquella aspiración inicial que buscaba tornarlo más público. Pese a la pretendida ausencia estatal en el orden nacional y provincial, algunos municipios argentinos fueron escenario de incipientes y alentadoras experiencias de participación ciudadana, impulsadas por las propias administraciones locales. En este marco, ubicamos el proceso impulsado en el Municipio de Rosario, teniendo en cuenta el impacto que nuevas formas de participación y control han tenido en el desarrollo de la gestión municipal y en las prácticas ciudadanas.

Haciéndose eco de las afirmaciones de Daniel Bell, el Municipio rosarino se comprometió a trabajar para canalizar las demandas sin respuestas. Es preciso, por consiguiente, apelar a la creatividad y la imaginación para repensar respuestas acordes a la escala que presentan estos desafíos. La demanda que asciende desde el nivel local expresa un impulso que apunta a promover una mejor sintonía entre las necesidades y reclamos de los ciudadanos y las instancias decisorias a nivel municipal.

Esta revalorización de lo local reconoce dos caras: por un lado, se revela como un ámbito que permite hallar nuevas respuestas al problema del desarrollo en el marco de la globalización, y por otro lado, se presenta como una escala humana que favorece una mayor cercanía y proximidad para las prácticas democráticas (PAV).

No compartimos la idea de la crisis del actor estatal; en realidad, nunca existió tal centralidad de este aparato en términos decisionales; si hay un contexto de renovado protagonismo del espacio local, algunas voces advierten en estas experiencias municipales nuevas tendencias que reaniman el proceso de construcción democrática desde abajo.

Estamos convencidos, como ya señalamos, que no son factibles las construcciones desde abajo, sino que creemos que la posibilidad de ampliar la participación ciudadana en la gestión municipal, fue una construcción conflictiva entre adversarios, en cuyo marco fue posible reformular una lógica donde los decisores eran “los mismos”. Así lo local se resignifica para pensar lo político y las políticas, la proximidad lo convierte en el lugar en donde todas las contradicciones económicas, sociales y políticas se encuentran presentes.

De esta forma, las ciudades nos ofrecen un terreno para explorar novedosas formas de participación ciudadana que contribuyan al ansiado retorno de los ciudadanos a los problemas públicos. Ellas parecen convertirse en escenario de nuevas formas de articulación entre la esfera pública y la esfera privada, entre el Estado y la sociedad civil.

En este contexto, la experiencia de Rosario tendrá así un rasgo distintivo y diferenciador que le ha valido cierto reconocimiento en el orden nacional e internacional: se destina a promover la participación ciudadana en la gestión de la ciudad. Tanto el proceso de descentralización iniciado en 1996, como las experiencias más recientes de presupuesto participativo y audiencias públicas, muestran al gobierno municipal como una unidad de gestión que promueve la vinculación, al menos en lo formal, directa de la ciudadanía.

Aún con las limitaciones propias de no contar con autonomía municipal, por iniciativa casi exclusiva del Estado municipal, se avanzó, desde 1996, en un proceso de modernización del aparato estatal gradual y sistemático sobre la base de cinco ejes rectores: descentralización, entendida como la distribución de poder hacia nuevos actores y el ensanchamiento de la base democrática del gobierno a partir de una mayor cercanía con los vecinos en el accionar cotidiano; participación, en función de la creación de condiciones que favorezcan la intervención de los vecinos en la planificación, la ejecución y el control

de las acciones de gobierno; transparencia, en tanto información de las acciones de la gestión y el acceso del público a planes y presupuestos; interrelación, promoviendo la coordinación funcional de las Secretarías del Departamento Ejecutivo Municipal; y capacitación, mediante el perfeccionamiento de agentes y funcionarios municipales con el objetivo de que los mismo puedan sustanciar correctamente los ejes anteriores.

Como señalamos, en Rosario se viene llevando a cabo un proceso de profundas transformaciones e innovaciones de las prácticas administrativas y en la concepción misma de la gestión municipal. Éste fue iniciado por la administración del intendente Binner, a los pocos días de asumir su primer mandato, en enero de 1996, con la puesta en marcha del proceso de descentralización. Para llevar adelante el mismo fue necesario crear la Secretaría General de la Intendencia, organismo del cual se hizo depender el Programa de Descentralización y Modernización. La puesta en práctica de este programa abarcó los siguientes aspectos: reorganización administrativa, redefinición de las políticas públicas, definición de un nuevo modelo de gestión —éste, por su parte, incluye la participación ciudadana con la incorporación de la población en los distintos procesos de la gestión—.

Así, siguiendo a la puesta en marcha de los Centros Municipales de Distrito, hacia el 2001, nace el Presupuesto Participativo; en este contexto, se realiza la puesta en marcha de distintas experiencias, en relación a diferentes instancias de participación: los Centros Crecer, el Programa Hábitat, el Concejo en los Barrios, como así también el caso seleccionado. La propuesta de reordenamiento urbanístico de la ciudad de Rosario, con distintas instancias de participación, que culminan en la Audiencia Pública. Este instrumento es el procedimiento para el tratamiento de las cuestiones de mayor trascendencia para la comunidad, utilizado a fin de confrontar de forma transparente y pública las distintas opiniones, propuestas, experiencias, conocimientos e informaciones existentes sobre las cuestiones puestas en consulta.

Desde esta perspectiva, la participación ciudadana puede adquirir una dimensión más concreta en un gobierno descentralizado, en órganos que el vecino identifique como cercanos y propios. Redefinir las políticas públicas significó incrementar la participación ciudadana. El Municipio de Rosario cuenta con una variedad de prácticas participativas formalizadas, que van desde las comisiones de los centros Crecer al Presupuesto Participativo. Asimismo, se impulsó la transformación de la administración municipal,

priorizando aquellas áreas definidas como de interés estratégico, esto es, por un lado, las de alto impacto en atención al público y, por el otro, las vinculadas a los nuevos proyectos de gestión.

La idea directriz de la descentralización fue generar un gobierno más cercano y participativo; además era necesario diseñar un nuevo modelo de desarrollo para la ciudad, más democrático y armónico, capaz de superar los desequilibrios producidos a lo largo de su historia. De esta manera, la descentralización se percibió como la integración de cada uno de los sectores de la ciudad (distritos) en un todo, la ciudad. Así la puesta en práctica del Programa de Descentralización abarcó los siguientes aspectos:

⌚ Reorganización administrativa; se estableció un Centro Municipal en cada distrito descentralizado, para lo que se delimitaron los distritos, las funciones y servicios a descentralizar y la capacitación y derivación del personal involucrado.

⌚ Redefinición de las políticas públicas; precisando los lineamientos a seguir en cada distrito para impulsar los procesos de cambio y estableciendo el rol que cada uno de ellos debe cumplir en la estructura urbana.

Así se define un nuevo modelo de gestión, donde los distritos son un nivel más cercano a los ciudadanos, lo que da impulso a los espacios y canales de participación ciudadana, incorporando a la sociedad en los procesos de planificación, evaluación, control de gestión y toma de decisión; coordinando la gestión de las distintas áreas, la informatización de los procesos y la capacitación de los agentes municipales para que estén en condiciones de brindar una mejor y más eficiente atención al vecino.

A partir de un diagnóstico realizado durante 1996, se trabajó básicamente en la delimitación de los distritos descentralizados, tarea indispensable para la puesta en práctica del Programa. De ello resultó la división de la ciudad en seis distritos (Centro, Oeste, Sudoeste, Noroeste, Norte y Sur), cada uno de los cuales contaría con un Centro Municipal de Distrito (CMD).

Con la delimitación de distritos, en tanto soporte físico del Programa de Descentralización Municipal, se contó con una base común para reordenar las políticas urbanas y sustentar un nuevo modelo de administración y gestión para el municipio. Se diseñó luego la desconcentración de las áreas operativas del municipio, esto es, las

vinculadas a las obras y servicios públicos que habían tenido hasta ese momento un funcionamiento centralizado. Esto se logra con la implementación de las Áreas de Servicios Urbanos (ASU), organismos descentralizados que prestan una serie de servicios de mantenimiento urbano de pequeña y mediana escala a través del trabajo conjunto y coordinado de las Secretarías de Gobierno, Obras Públicas y Servicios Públicos.

Desde su nacimiento, los Centros Municipales de Distrito (CMD), a los cuales la administración municipal calificó como la nueva cara de la gestión municipal, se concibieron como espacios comunitarios donde se desarrollan una multiplicidad de programas y actividades. En cada uno de ellos, funciona un Área de Servicios Administrativos —con oficinas de Atención al Vecino, Mesa General de Entradas, Catastro y Obras Particulares, Registración e Inspección, Tránsito y Tribunal de Faltas, y Finanzas—; un Área de Desarrollo Urbano, que representa a las Secretarías de Planeamiento, Obras Públicas y Servicios Públicos —incluyendo una oficina especial para el Servicio Público de la Vivienda—; y otra Área de Servicios Socio-culturales y de Salud. Además de las tareas vinculadas a la gestión municipal, se incorporaron en los CMD sucursales del Banco Municipal, del Registro Civil, de la Administración Provincial de Impuestos, de la Empresa Provincial de la Energía, de Aguas Provinciales y de Litoral Gas. Hoy se encuentran funcionando plenamente cinco centros proyectados: Distrito Norte “Villa Hortensia”, Distrito Oeste “Felipe Moré”, Distrito Sur “Rosa Ziperovich”, Distrito Centro “Antonio Berni” y Distrito Noroeste “Olga y Leticia Cossettini”, y el Sudoeste, nominado recientemente “Emilia Bertolé”.

En el mismo sentido, se comenzó a pensar que el presupuesto debía contemplar la participación ciudadana; es decir, se piensa en el presupuesto participativo como condición para garantizar la inclusión social y la equidad en la distribución territorial. La decisión de comenzar a implementar el Presupuesto Participativo en la ciudad de Rosario se aceleró, en parte, como consecuencia de la situación emergente de diciembre de 2001, impulsándose su instrumentación en el mes de mayo de 2002.

Claro está que todas las políticas se desarrollan en un ámbito donde existían experiencias previas; en este caso, las comunidades escolares, comunidades de salud, clubes de barrio, asociaciones de vecinos, sindicatos, organizaciones sociales, acciones colectivas, que condicionan muchas veces las experiencias institucionalizadas.

Por cierto, no es fácil movilizar la participación ciudadana en ámbitos donde se procesan los intereses colectivos después de las traumáticas experiencias en la vida institucional de nuestra provincia, aún no superadas por completo. Sin embargo, ningún argumento contradice que la participación ciudadana es puntal de un nuevo clima político, social y cultural que amplía los límites de una democracia efectiva para los santafesinos. Asimismo, la reforma del Estado no se agota en los ejes temáticos considerados aquí, que aluden al poder ejecutivo en sus distintos niveles territoriales y a los ámbitos institucionales de participación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales; ir mucho más allá es la tarea.

Podemos establecer que las políticas que han propiciado la participación de la ciudadanía en el gobierno local han tenido como protagonistas particularmente a las OS, siendo el Presupuesto Participativo una política muy valorada por las OS que pudieron participar. Claro que las características, experiencias y necesidades de esos actores pesarán a la hora evaluar una determinada política o no. Las OS no sólo participan para la concreción de un proyecto u otro, sino que lo hacen en la búsqueda de obtener visibilidad, tanto para la institución como para el entrevistado. Además de tener la intención de continuar siendo invitados por el Estado municipal a las distintas actividades que organiza, iniciar contactos que puedan ser interesantes para la OS y para el referente mismo y, por qué no, mostrar respaldo a la gestión

Si bien desde el punto de vista teórico es posible distinguir analíticamente el concepto de sociedad civil de la esfera del Estado, sin embargo, en la sociedad civil local, se pueden detectar actores que muchas veces han cumplido distintas funciones públicas, tanto desde la sociedad política como desde la civil, y esto les permite contar con ciertos conocimientos que pueden ser utilizados a la hora de pensar, implementar o ejecutar las políticas públicas.

A grandes rasgos, podemos establecer que la participación de los distintos actores en políticas públicas contribuye a construir y fortalecer la ciudadanía. Sin embargo, es preciso reconocer que la crisis representatividad que aqueja a nuestras democracias y que constituye una de sus principales fuentes de malestar, no se resuelve mágicamente apelando a escalas menores. Lo local no sólo ofrece mayores posibilidades de asegurar proximidad, en ocasiones también constituye un refugio de relaciones jerárquicas y de patronazgo,

potenciando los intercambios particularistas o clientelares, escasamente compatibles con aquella imagen idealizada. Una sociedad con escasa tradición participativa, una trama asociativa débil y una arraigada cultura delegativa no asegura necesariamente una mejor democracia por tratarse simplemente de una comunidad pequeña (PAV).

En relación a la concreción de una ciudadanía con desigualdades “soportables”, la Municipalidad de Rosario cuenta con un área de la mujer dependiente de la Secretaría de Promoción Social; la misma divide su tarea en distintos ejes: Violencia Familiar, Inclusión Social, Formación y Capacitación, Ciudadanía y las Actividades.

Violencia Familiar comprende: servicios de atención; noviazgo sin violencia; Ley provincial N° 11.529 y reglamentación de la misma.

Inclusión social comprende: igualdad de oportunidades, becas a alumnas madres, jóvenes, derechos sexuales, equidad en el parto.

Formación y capacitación: materiales no sexistas, campaña juego no sexista, centro de documentación, cursos de oficios.

Ciudadanía: presupuesto participativo, ciudad segura, indicadores urbanos, articulación regional.

Respecto a las actividades, entre otras, podemos señalar: campaña de derechos sexuales para adolescentes, fechas conmemorativas, servicios por distrito, etcétera.

En el mismo sentido, la política de salud municipal viene a promover la construcción de entornos saludables donde las personas se relacionan y participan en ejercicio pleno de su ciudadanía. Salud y calidad de vida guardan una estrecha relación con el medio ambiente físico, social, laboral y con los factores socioeconómicos y culturales. Desde esta mirada, el Estado municipal se propone un trabajo integrador para la construcción de opciones y entornos saludables. En el marco de las políticas generales del municipio, se trabaja en la construcción de los distritos sanitarios que pretenden recuperar la idea de territorialidad que guía la gestión municipal para plasmarla en la red de salud. De este modo, cada equipo de gestión del distrito tiene autonomía para tomar decisiones, integrando en sus propuestas de trabajo el protagonismo de la sociedad civil y la comunidad en general.

En el nivel local, el trabajo en los distritos se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad desde una perspectiva

integral de las problemáticas de la salud, donde la dinámica de trabajo se diseña en cada centro en función de las particularidades territoriales; así lo señalaba la coordinadora del Centro de Salud del Distrito Sudoeste, Lucila: “Vos decías de la consejería de HIV, consejería sí, salud sexual, todo eso. En realidad, nosotros no tenemos un espacio determinado. Lo trabajamos todos al tema, algunos con mayor profundidad y otros con menos profundidad, pero todos estamos trabajando alrededor de lo que es la salud sexual y reproductiva, o sea, para nosotros es uno de los objetivos es un trabajo muy importante...”

Las directrices que guían este proceso son la equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social y la contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud.

De estas directrices se desprenden los siguientes ejes de trabajo:

- ①prácticas en función de las necesidades del barrio;
- ①estrategias para lograr equidad en la utilización de los servicios;
- ①organizaciones democráticas con trabajadores autónomos y responsables;
- ①participación de los equipos de salud en el diseño de estrategias y la toma de decisiones; y
- ①programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos.

En este sentido, Lucila, coordinadora del centro de salud del CMDS, nos relataba la manera en que se organizaban internamente, si bien el diseño de estrategias y la toma de decisiones se realizaban en equipo: “Claro, los adolescentes más a los generalistas, los adultos a las clínicas, los niños más pequeños a las pediatras, porque en el equipo hay dos pediatras, dos médicas generalistas y dos clínicas, pero todos estamos atrás de ese tema”.

La acción basada en la estrategia de atención primaria, y en este marco, el modelo de promoción de la salud, aportan una visión dinámica, donde la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana más que una meta final. Esto implica trabajar cotidianamente en un proceso que permite a las personas tener mayor autonomía sobre su propia vida y, al mismo tiempo, mejorarla. La concepción de un sistema que trabaja en red centra sus acciones sobre las necesidades del paciente, y exige la actualización permanente de muchos conceptos perimidos de la práctica médica.

La estrategia llevada a cabo en la salud municipal está conformada por tres niveles

de atención. El primer nivel se constituye en el espacio de mayor resolutiveidad y está conformado por los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales, distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente. El segundo nivel de atención está constituido por tres hospitales: “Dr. Roque Sáenz Peña”, “Intendente Gabriel Carrasco” y “Juan Bautista Alberdi”, un servicio de Internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad, con el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA). Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias.

El Hospital “Juan Bautista Alberdi”, ubicado en la zona norte es un hospital de segundo nivel de complejidad que cuenta con Servicio de Guardia de adultos las veinticuatro horas, con capacidad de internación transitoria y Sala de Internación de adultos. Además, desde 1995, funciona un Hospital de Día Polivalente de Clínica de Adultos. Esta modalidad de atención facilita los procesos de externación y reinserción socio-familiar, evita internaciones innecesarias, genera mayor autonomía y mejora la calidad de vida de los pacientes. Desde 2004, funciona una Unidad de Cuidados Paliativos de Adultos, referente en la ciudad, destinada a pacientes con enfermedades crónicas evolutivas o terminales.

El Hospital “Dr. Roque Sáenz Peña”, ubicado en la zona sur de la ciudad, es el referente de Nivel II de complejidad de los Distritos Sur y Sudoeste. Este efector coordina la atención sanitaria junto con los centros de salud primaria.

El Hospital “Intendente Gabriel Carrasco” es un efector público de segundo nivel de complejidad de referencia regional; cuenta con equipos de salud interdisciplinarios, capaces dar respuestas desde un criterio integral de la salud; además, es una unidad de docencia de pre y posgrado de la UNR en distintas especialidades. El Hospital “Clemente Álvarez” es un efector de tercer nivel de complejidad que funciona como hospital general de agudos y centro de emergencias y trauma de alta complejidad, con capacidad de resolución de cuadros traumáticos y no traumáticos y de patologías agudas clínico-quirúrgicas. Es reconocido como hospital escuela, ya que interviene en la capacitación de profesionales del

área salud en las diferentes disciplinas.

El Hospital “V́ctor J. Vilela” es un hospital general pediátrico de mediana y alta complejidad, de referencia regional y provincial, y unidad académica formadora de recursos pediátricos y sub-especialidades pediátricas. Resuelve la consulta general y la emergencia pediátrica, ya que cuenta con todas las especialidades clínicas y quirúrgicas. Atiende niños y adolescentes con patología aguda hasta los 15 años y con patología crónica hasta los 18 años de edad. Su prioridad es la atención de la población carente de seguridad social y desarrolla acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

La Maternidad “Martín” es la institución pública de la ciudad que efectúa el mayor número de partos anuales; su índice de cesáreas es de aproximadamente el 23%, porcentaje que se ubica entre los más bajos del país. Su construcción responde a la necesidad de contar con infraestructura para la atención con un modelo de maternidad centrada en la familia que promueve la idea de que la mujer y su entorno tomen un rol activo en el proceso del embarazo, parto, posparto y participen en su desarrollo y evaluación. Está dotada con la más alta tecnología para brindar la mejor atención de los recién nacidos y sus madres.

Sus consultorios externos funcionan como centro de referencia para los centros de salud en el apoyo matricial de las embarazadas que lo requieran.

El Policlínico “San Martín” es el centro de salud de atención primaria municipal más grande de la ciudad, cuenta con características diferentes al resto de los centros de salud porque tiene recursos de mayor complejidad. Atiende población de la zona y es centro de referencia de otros centros de salud de los distritos Oeste y Noroeste, que derivan principalmente a especialistas, rayos, ecografías, guardia.

El CEMAR es un Centro Médico de especialidades de segundo nivel de complejidad, se dedica exclusivamente a la resolución de problemáticas que requieren cierto grado de especialización y tecnología, y que pueden satisfacerse sin recurrir a la internación. El 85% de los pacientes proviene de centros de salud y de hospitales municipales donde regresan una vez realizadas las prestaciones de más complejidad.

Como señala la Dra. Mirian Pini: “Aquí todos los pacientes tienen, o sea, el interno, por lo general, tiene que tener un turno, pero los pacientes que se atienden son pacientes que vienen de la red. Es decir, los pacientes consiguen el turno a partir de tener un equipo responsable del primer nivel de atención”.

El efector desarrolla, además, modalidades de atención no centradas en la internación hospitalaria y nuevos modelos de gestión de salud tales como la satisfacción de consultas y prácticas especializadas clínico-quirúrgicas ambulatorias en adultos, y prestaciones ambulatorias de diagnóstico.

Además el Municipio posee entre 8 y doce centros de salud por distrito que realizan la atención primaria. Los centros de salud trabajan en el territorio, en la atención primaria, son el efector que llega primero a la ciudadanía.

El Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria (SIES) es un servicio prestado por la Municipalidad y la provincia de Santa Fe que brinda cobertura asistencial prehospitolaria a las emergencias y urgencias médicas dentro de los límites de Rosario. Además, es una central operativa que gestiona la derivación de pacientes entre los diferentes centros de atención y efectiviza los traslados de alta, mediana y baja complejidad; este servicio asiste anualmente a unas 38 mil personas, entre colisiones en vía pública, lesiones por hechos de violencia urbana, enfermedades, gestión de camas para internación y traslados de diferente nivel de complejidad.

Respecto a la medicación, el actual desarrollo de la ciencia farmacéutica permite optar por los mejores tratamientos según el cuadro y las características de cada paciente. Por estas razones, los medicamentos son esenciales en la atención médica, e irremplazables cuando se planifican políticas de salud. Tanto a nivel público como de seguridad social, el medicamento representa un alto porcentaje de los presupuestos de Salud, lo cual le otorga carácter de bien social. A fin de administrar los recursos económicos de manera eficiente, la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario sostiene políticas de producción, control y distribución de los medicamentos en el ámbito de los efectores municipales: uso racional, producción en función de las necesidades de la comunidad, capacitación de los profesionales, distribución eficaz y segura para el paciente

Respecto al servicio ambulatorio, desde 1992, funciona esta alternativa asistencial de salud integral, ligada a valores como la convivencia familiar, entorno, afecto y responsabilidad participativa. Es una práctica que apunta a estar más cerca de los ciudadanos que necesitan ser atendidos; una concepción moderna que combina la eficiencia de un equipo de salud interdisciplinario con recursos técnicos de actualidad para lograr una

prestación ambulatoria cuyo objetivo fundamental es resguardar la autonomía y calidad de vida. El sistema en red es un modelo ya consolidado en la ciudad de Rosario, única ciudad del país que ofrece esta opción en el ámbito de la salud pública. Se relaciona e interactúa con los hospitales municipales y centros de atención primaria, con la finalidad de lograr la recuperación y rehabilitación del estado de salud del paciente en su propio domicilio. La implementación y aplicación de este servicio es de vital importancia en la construcción de un sujeto comprometido en el ejercicio del derecho a la salud, fomentando su capacidad de autocuidado a la vez que se implica y educa al grupo familiar en la dupla salud-enfermedad y sus posibles complicaciones.

Respecto al servicio de odontología, la Municipalidad de Rosario brinda atención odontológica gratuita a los sectores más desprotegidos de la población a través de su red de consultorios en los centros de atención primaria y el área de alta complejidad en el CEMAR por turnos programados.

1.4.1. La Prevención y Promoción de la salud

Esta área está integrada por cinco grandes ejes: servicios, alimentos, sexualidad, cardiorrespiratorias, estaciones del año. Sexualidad implica: VIH-SIDA, Enfermedades sexuales, Programa “Vos Podés”, Salud integral de la Mujer.

Dentro del componente VIH-SIDA, tenemos el programa municipal de SIDA. PROMUSIDA tiene como objetivo prevenir nuevas infecciones por VIH en la comunidad, brindar la mejor calidad de vida a las personas afectadas, mejorar la gestión y articulación de acciones entre instituciones públicas y privadas. Este programa pretende favorecer condiciones de accesibilidad geográfica, económica, cultural, para la realización del análisis de detección del VIH en forma confidencial, anónima y gratuita a toda la población. Propicia entrevistas individuales a los fines de acompañar, y contener la experiencia subjetiva de realización del análisis de detección del VIH. Asimismo, promueve compartir y socializar información acerca de la problemática del VIH/SIDA y asesoramiento relativo a las prácticas de cuidados necesarios para promover salud.

“Vos podés” es un programa de sexualidad adolescente, y presentado bajo el lema “Vos Podés” que le da nombre, se inserta dentro del Programa de Procreación responsable.

Está destinado a colaborar en la educación sexual de los adolescentes y jóvenes de la ciudad y se ejecuta a través del Presupuesto Participativo. Su objetivo es orientar, recomendar y aconsejar a los jóvenes sobre temas relacionados a la educación sexual. Durante el proceso de diseño del Programa y para el armado del material gráfico, se tomaron en cuenta las propuestas realizadas por los jóvenes: que los folletos tengan poco texto, que sean de un tamaño adecuado para guardar en los bolsillos y agradables a la vista, entre otras cosas. La frase central de los materiales informativos es “Vos Podés”, acompañada por un verbo que aborda aspectos de la temática donde se plasman consejos e información. Se trabajó sobre 6 verbos: “conocer”, “informar”, “decidir”, “acercar”, “elegir” y “decir” que no, en el marco de las campañas de verano de promoción de la salud, que se realizan desde el año 2002. Equipos interdisciplinarios del municipio abordan, con grupos juveniles, distintas temáticas relacionadas a la sexualidad. El trabajo en piletas, clubes y polideportivos de la ciudad se construye desde el territorio local junto a las instituciones del barrio, entre las que se encuentran centros de salud, Centros Crecer, OS; en conjunto se definen los temas prioritarios, la población beneficiaria y las distintas modalidades para acercar a la gente propuestas que relacionen salud y cuidados.

“Salud Integral de la Mujer” es un enfoque prioritario en las políticas de promoción de la salud. El abordaje se realiza desde una perspectiva de género que trasciende la mirada del cuerpo como mero reproductor biológico. Se entienden como problemas de la salud aquellos relacionados con la violencia conyugal, las situaciones derivadas de la doble o triple jornada laboral y la construcción estereotipada de la identidad femenina. La salud integral de la mujer se fundamenta en la potenciación de la salud sexual hacia el desarrollo de la vida, de las relaciones personales y del reconocimiento de los derechos reproductivos.

Como señala la Dra. Elda Serrano: “El trabajo que realiza la oficina de salud integral de la mujer tiene que ver casi exclusivamente con la prevención, podemos decir que, en lo que respecta a salud sexual, ‘vos podés’ es la política pública que cumple en este municipio esas funciones”.

Tradicionalmente, ha predominado la atención dirigida al núcleo materno-infantil con la exclusión del hombre de la salud reproductiva, y se ha responsabilizado a la mujer específicamente en la regulación de la fecundidad.

La identidad femenina construida en torno a la maternidad es uno de los factores

que presiona hacia la procreación temprana y numerosa, más allá de los deseos personales y de las condiciones de vida y de salud adecuadas. A ello contribuyen las dificultades de apropiación de la información acerca de su sexualidad y de los derechos reproductivos; como también la complejidad para construir un proyecto personal que trascienda los roles maternos. Es por ello que tanto las acciones de difusión e información sobre métodos anticonceptivos como los servicios de consejerías tienden a superar esta mirada no sólo sobre la sexualidad sino sobre el rol de la mujer en la sociedad. Estimular la participación e involucramiento de los varones en las temáticas de salud sexual reproductiva es un tema sobre el cual se trabaja desde múltiples espacios.

Desde aquí, la propuesta es garantizar información, educación y acceso a los métodos anticonceptivos; informar sobre el riesgo del embarazo fuera de las edades consideradas para la reproducción; propender a la educación de la comunidad para evitar embarazos no deseados; disminuir el número de abortos provocados, la morbilidad materna y perinatal; contribuir a la difusión de la información relacionada con la prevención del VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual; detectar precozmente las enfermedades de transmisión sexual y patologías del aparato genital. Estos objetivos están estructurados en tres ejes: detección precoz de cáncer de cuello de útero, detección precoz de cáncer de mama y salud sexual y reproductiva.

Las acciones desde este espacio se dividen en dos grandes ejes: uno es la Consejería en salud sexual y reproductiva, donde se brinda asesoramiento, información y acompañamiento acerca de las problemáticas de salud sexual y reproductiva. Son espacios de fácil acceso y libre demanda que atienden temas de métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, problemas ginecológicos y cuidados de la salud materno-infantil.

El segundo se refiere al Programa de Procreación Responsable, aquí se destacan las acciones a favor de la salud reproductiva desde la Municipalidad de Rosario en su inserción en un proceso político integral que trasciende el sector y que hace de la política de igualdad de oportunidades una cuestión de Estado.

Como señala Serrano: “El trabajo del programa es mancomunado con el programa de educación para la salud, quienes trabajan en los centros de salud con agentes capacitados para las tareas territoriales y... este programa diseña y dicta talleres de concientización en

los centros de salud y en los CMD”.

Entonces, pensar la problemática transversalmente se transforma en un modo de operar, una obligación que el Estado asume y que se expresa en proyectos productivos, de vivienda, de promoción de la diversidad cultural, entendiendo la defensa de la vida como una tarea colectiva y esencialmente política. Esta problemática se atiende en los siguientes efectores municipales: Hospital “Juan Bautista Alberdi”, Hospital “Intendente Gabriel Carrasco”, Hospital “Dr. Roque Sáenz Peña”, Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” y la Maternidad “Martin”. En este último caso, trabajan a partir de las derivaciones de las atenciones en los centros de salud; esta situación se repetirá en la mayoría de los hospitales

En el caso del CEMAR, específicamente, la Dra. Pini nos señalaba: “[...] en realidad lo planteamos siempre, digo, hay situaciones especiales en la que nosotros, eh..., todo el tiempo trabajamos con el centro y creemos que el mejor acompañamiento es trabajar con el médico de primer nivel. En ese caso, si la paciente tienen un tocoginecólogo, sobre todo porque los centros de salud tienen tocoginecólogos, y en ese sentido, hacemos un acompañamiento y todos los centros tienen un equipo de salud mental, y creemos que lo mejor y más apropiado es que el acompañamiento sea cercano al domicilio y es un feedback permanente...”.

“Servicios” comprende: “Rosario municipio saludable”, educación para la salud, tratamiento de adicciones, vacunación. Respecto a “Educación para la salud”, aquí se diseñan herramientas que acompañan y fortalecen el proceso educativo desde la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Asimismo, son destinatarias aquellas áreas que abordan temáticas puntuales, como salud cardiovascular, salud respiratoria, SIDA, etc., aportando una mirada educativa a las problemáticas de salud.

Desde “Educación para la salud”, se complementa la tarea que se realiza desde el PSSyPR y desde el “Vos podés”, además de las intervenciones de los Centros de Salud, así nos señala la Dra. Pini: “[...] nosotros, como parte del programa de procreación responsable, hemos hecho formación de docentes, y en ese sentido, si bien por años se hicieron y se siguen haciendo, eh..., fueron espacios de adultos digamos, eh..., y en el docente existe mucho tabú, miedo, y resulta un tema muy complicado. Yo no recuerdo en mi formación de haber tenido una profesora que te diga, bueno, aparato reproductor no damos... ¿Cómo no damos? Aparato reproductor, porque los chicos, porque era una escuela

mixta, o sea, digo, estas cosas que vos decís..., bueno, menos mal que pasó hace mucho tiempo...”.

Respecto a la modalidad de trabajo en “Educación para la salud”, la Lic. Alejandra Miño señalaba: “Se trabaja a partir de una agenda fija anual con temas fijos, emergentes, a demanda, las actividades están centradas en la prevención y en la promoción de la salud, además de armar actividades se acompañan las de otras áreas [...]. Se trabaja con los CMD, generalmente, un jefe de programa o coordinador tiene un CMD o dos donde coordina actividades”.

1.4.2. Investigación y difusión

Desde el Municipio, se piensa que el diseño y la evaluación de las políticas sanitarias requieren la interpretación de las necesidades y deseos de los distintos grupos de la población. Para ello, es necesario contar con información confiable tanto sobre las características de la población de la ciudad como de los avances e investigaciones en materia de salud, para mejorar las prácticas y aportar a la calidad de vida de la ciudad. En este sentido, la Secretaría de Salud Pública cuenta con equipos de trabajo que promueven y desarrollan actividades de investigación en salud con una perspectiva interdisciplinaria en los campos biomédico, epidemiológico y de servicios de salud. Esto permite dinamizar el proceso de planificación y gestión de los servicios y favorecer la respuesta social a las necesidades de salud de la población. Aquí podemos hablar de tres grandes ejes: investigación, epidemiología, estadística.

1.4.3. Formación profesional

En el año 1991, fue creado el Departamento de Formación y Capacitación Profesional de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, conjuntamente con la creación de las Direcciones de Atención Primaria de la Salud y de Epidemiología, siguiendo lineamientos políticos integrales en salud.

Las instancias de centralización se han dado en coincidencia con numerosas actividades formativas en distintos servicios de la Secretaría y han procurado promover

transformaciones educativas orientadas de acuerdo a las políticas de salud. El Programa Municipal de SIDA planifica acciones y desarrolla estrategias de comunicación para quebrar los mitos, el temor, el rechazo y la indiferencia, en forma articulada con organizaciones de la sociedad civil que abordan la temática. Este programa cuenta con el apoyo de la red de servicios de salud pública municipal y trabaja en interrelación con las OS y la comunidad en general. Hoy existen 18 espacios de consejerías en los distintos distritos.

El “Plan Municipal de Igualdad de Oportunidades y de Trato entre Varones y Mujeres 2005-2009” constituye un avance para garantizar derechos y ciudadanía. Para la Secretaría de Salud Pública, tiene como objetivo introducir la perspectiva de género en el trabajo de los equipos de salud, es decir, “mejorar la calidad de atención que recibe la población de mujeres vinculadas a los servicios de salud, sensibilizando a los y las trabajadoras de la salud en su accionar cotidiano. Respetar los derechos ciudadanos a tener accesibilidad, privacidad, confidencialidad, información personalizada, elección con conocimiento, y poder opinar sobre los procedimientos médicos sin presiones ni condicionamientos”. Durante la última década, cerca de la mitad de las provincias han logrado leyes de salud sexual que ordenan la prestación de estos servicios en la red asistencial pública. Sin embargo, como lo demuestra un estudio reciente del Banco Mundial (2002), la existencia de estas leyes no garantiza la disponibilidad de los insumos y servicios requeridos en la red asistencial pública.

Antes de la creación del Programa de Procreación Responsable de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, preexistían algunas acciones dirigidas a la prevención de embarazos no deseados; éstas consistían en la distribución de métodos anticonceptivos ante demandas espontáneas, sin un seguimiento sistematizado de las usuarias y sin disponer de registros adecuados para evaluar los resultados. A fines de 1997, fue reglamentada una Ordenanza Municipal, que dio lugar a la creación del Programa de Procreación Responsable municipal y, a partir de esa fecha, la Secretaría se encuentra empeñada en una propuesta programática integral y eficaz para la prevención de embarazos no deseados.

Este programa pasó posteriormente a formar parte del Plan de Salud Integral de la Mujer —donde se abordan las diversas manifestaciones del proceso de salud—,

enfermedades particulares de este sector poblacional, y se contemplan situaciones sociales como su empleo en trabajos no calificados, las situaciones derivadas de la doble o triple jornada laboral, incluyendo su trabajo en el hogar, situaciones relacionadas con violencia conyugal, y por último, y no por ser menos importante, la construcción estereotipada de la identidad femenina.

Frente a una variada gama de métodos anticonceptivos y a la oferta de servicios sanitarios de calidad, pueden aparecer obstáculos de tipo educativo y cultural que impidan a los pacientes hacer uso de ellos. La realidad hospitalaria muestra que una gran cantidad de mujeres opta por la ligadura tubaria frente a otros anticonceptivos de carácter reversible, pues la perciben como el método “más cómodo”, en tanto es altamente seguro en términos contraceptivos y no precisa de una acción diaria o mensual encaminada a su uso, como sí lo requieren las píldoras, las inyecciones, los espermicidas o el preservativo. Más aún, es de considerar que la decisión de adoptar este tipo de método anticonceptivo de implementación única conlleva, además, un grado de despreocupación. Desde el punto de vista bioético, los derechos reconocidos por la normativa mencionada responden a los principios de “justicia”, “autonomía”. El principio de autonomía, que exige el respeto de las propias decisiones de la persona en el marco de su proyecto de vida, se patentiza en el reconocimiento del derecho de los hombres y mujeres a elegir según sus propias convicciones el método de anticoncepción que desean utilizar cuando han tomado la decisión de no experimentar físicamente la maternidad o la paternidad y ejercen el derecho de poder decidir tener o no hijos.

En Argentina, un tercio del total de las muertes maternas y miles de hospitalizaciones cada año se explican por abortos clandestinos y sus complicaciones. El 17% de los embarazos corresponden a adolescentes (entre los 10 y los 19 años de edad), y la tasa de prevalencia de VIH-SIDA ya ha alcanzado a la de Brasil (0.7% entre adultos de 15 a 49 años de edad). No obstante esta situación, la disponibilidad de métodos modernos de anticoncepción en el país se da de manera irregular, generalmente limitada a aquellas personas con capacidad de pago en el subsector privado y excluyendo a las personas de menores ingresos.

Sintetizando, la equidad en salud forma parte integral del concepto más amplio de justicia, en la medida en que su realización implica la posibilidad de alcanzar una vida sin

enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura, punto de igualdad que aceptaría cualquier teoría de justicia social.

Por ello, la participación social es una forma indispensable de ejercer la ciudadanía, conformando un bien en sí mismo y no dependiendo de su ejercicio o no. Se trata de lograr medidas y acciones de gobierno que promuevan efectivamente la autonomía y las capacidades personales como también fortalecer el ejercicio de las libertades personales y democráticas (Pautassi, 1999).

Como estrategia general y a largo plazo, el Municipio de Rosario debería continuar concentrándose en los procesos de socialización que limitan las oportunidades para las mujeres y los hombres, que resultan en asimetrías de poder entre ellos y conducen a la discriminación en razón de sexo. Estos procesos afectan los roles e identidades que hombres y mujeres asumen, e influyen en sus conductas y expectativas, lo cual, a su vez, afecta su bienestar humano a lo largo de su vida. Nuestro análisis pretende convocar a darnos otra discusión, que gire en torno al sistema de salud dominante inscripto en un modelo médico dominante de carácter patriarcal, curativo-asistencial y excluyente desde el punto de vista social.

Planteaba Carlyle Guerra de Macedo que, en el marco de las Discusiones Técnicas que precedieron la 45ª Asamblea Mundial de la Salud, dicha Asamblea “reconoció que las mujeres, a través de edades, fronteras geográficas y estadios de desarrollo, soportan una carga desproporcionadamente mayor de problemas de salud prevenibles que la que aflige a los hombres” (Guerra de Macedo, 1984). Tal desventaja fue atribuida a la desigualdad más amplia que exhiben las mujeres frente a los hombres en materia de posición social y económica, la cual se refleja en el menor acceso que ellas tienen a recursos básicos para la promoción y protección de su salud.

La situación de las mujeres y los hombres frente a la reforma en salud difiere sustancialmente según la clase social, la ubicación geográfica, los recursos con que cuenta. Las personas con mayores recursos tienen cobertura de salud, una obra social o una prepaga, mejores posibilidades de acceso a métodos anticonceptivos eficaces, servicios de salud privados, posibilidad de “libre” elección respecto a su cuerpo, dónde y cómo atenderse. En cambio, aquellas personas que viven en condiciones materiales desfavorables, no cuentan con estas libertades; entre estos grupos, se ubican

mayoritariamente las mujeres jefas de hogar.

¿Cuál es el desafío? Democratizar el sistema de salud, liberar a los hombres y mujeres de la mercantilización de un sistema que, diseñado desde una mirada patriarcal, hoy reproduce la lógica del mercado en un derecho humano inalienable. Sin embargo las intervenciones no deberían limitarse a las mujeres; la redefinición de los roles, las imágenes, las expectativas de los hombres son necesarias para sostener el cambio a largo plazo en términos de igualdad de género.

Democratizar el sistema de salud, sin lugar a dudas, debe ser uno de los temas más debatidos por la ciencia política latinoamericana en las últimas décadas. Desde los años setenta, se ha discutido la quiebra de las democracias, la transición a la democracia, qué democracia, la consolidación e institucionalización de las democracias, la gobernabilidad democrática, los tipos de democracia, la crisis de la democracia, la apatía democrática, la democracia participativa. La democracia o aquello que en estas regiones se ha denominado democracia ha sido medida y observada por legiones de científicos políticos latinoamericanos y extranjeros.

Sin embargo, creemos que es fundamental trabajar en la nueva manera de pensar la ciencia política, que es lo que resulta tan difícil de establecer. Una vez que esta nueva manera sea establecida, como señalaba Wittgenstein, los viejos problemas se desvanecerán, de hecho, se vuelven difíciles de recapturar, y si nos vestimos con una nueva expresión, los viejos problemas son descartados junto con los viejos ropajes (Wittgenstein, citado por Wacquant, 2000).

Capítulo V. El Municipio de Rosario

1.1. El caso de Rosario: nacimiento, desarrollo y modificaciones de la sociedad civil

Thompson fue uno de los primeros que realizó cierta sistematización en relación a la sociedad civil, afirmando que existieron tres momentos clave: un primer momento de beneficencia (hasta el siglo XIX); otro de filantropía, desde mediados del XIX, y el de justicia social luego; a partir de la década del ochenta, el eje fueron los DDHH. La construcción de la sociedad civil en Argentina esta ligada a los modos de producción, y se puede afirmar (De Piero, 2005) que las organizaciones civiles tienden a crecer cuando el resto de las instituciones comienza a tener problemas en cumplir su misión específica, tal como sucedió con los partidos políticos, sindicatos, empresas.

Fue a partir de los años noventa que se diluyó la categoría de pueblo hacia concepciones menos políticas como la de “gente”. De Piero habla de tres momentos de la sociedad civil argentina: en el primero, el acento está puesto en ayudar a quienes estaban fuera del sistema; durante el segundo, la preocupación está centrada en la generación de identidades sociales y políticas; y en el tercero, que nace en los años noventa, es cuando se produce la proliferación de OS con hincapié en la cuestión social. La diversidad es la característica sobresaliente de este sector.

Pensando en Rosario, debemos establecer que la ciudad es una realidad física, tangible pero también es, inequívocamente, una construcción social: es el proyecto de una sociedad en un lugar y momento determinados, con su ideología, su cultura, su ética y sus valores, sus relaciones sociales y políticas en interdependencia con una economía siempre compleja. Governa plantea que “el territorio constituye un espacio transformado por la acción de una determinada sociedad pero, al mismo tiempo, representa la condición reproductiva de la sociedad misma” (Governa, 2002: 59, citado por Carmona *et al.*, 2011); en este sentido, cada municipio representa una construcción social en la que inciden el espacio físico, su cultura, ideología, valores, recursos, que se desarrollan en un tiempo y espacio determinado. Por tal motivo, es pertinente analizar ciertos indicadores que dan cuenta del nivel socioeconómico de la población y del nivel sociourbano del municipio, y

que permiten evidenciar características propias de cada región, así como problemas y necesidades de cada sector, todos ellos elementos de importancia para nuestro análisis.

Desde el siglo XIX, con la llegada de los inmigrantes, se crearon organizaciones socorristas y mutualistas y se fue tejiendo, en la provincia y en Rosario, una trama asociativa, al compás de las mutaciones en el ámbito nacional. En la esfera municipal, y sobre todo en comunas y municipios pequeños, las corrientes migratorias organizaron redes a través de las organizaciones mutualistas españolas o italianas.

Iniciando el siglo XX, surgieron en la ciudad de Rosario distintos movimientos e iniciativas que reconocieron la influencia, entre otros, de las ideas socialistas y anarquistas: bibliotecas populares, organizaciones de la Iglesia Católica y de instituciones tales como el Círculo Católico de Obreros. También comenzaron las primeras uniones industriales y agrarias vinculadas al sector patronal, e igualmente, los “clubes sociales y deportivos”, que incorporaron una amplia variedad de deportes, tuvieron un papel decisivo.

Si bien comenzaron como privilegio de los sectores de altos ingresos, pronto se popularizaron; algunos crecieron vertiginosamente, y otros se transformaron en el lugar del espacio público barrial.

A partir de las décadas del treinta y del cuarenta, se desarrollaron las principales organizaciones sindicales, vinculadas a la industria, y al mismo tiempo aparecieron las vecinales y las organizaciones religiosas dedicadas a los sectores más postergados, como Cáritas.

Es también destacable la presencia, en la década del sesenta, de las entidades dedicadas a atender problemáticas específicas y/o discapacitados; por otra parte, a mediados de la misma década surgen, vinculadas a la acción política, corrientes contestatarias dentro del movimiento obrero organizado y organizaciones barriales populares relacionadas a los movimientos políticos, vinculadas a temáticas como la educación popular, el trabajo barrial, el movimiento villero, el movimiento eclesial de base en Rosario (Rocchi, 2007).

El entramado asociativo está compuesto por una gran cantidad de organizaciones de variado tipo que se abocan, de las más disímiles maneras, a prácticamente todos los aspectos de la vida social y cultural; su presencia social es débil y la “tasa de mortalidad” de las mismas pareciera ser alta, a juzgar por las modificaciones que se producen en los

datos tomados entre 1996 y 2002, en un trabajo realizado por Estela Pérez Moncunill.

El modelo reflexivo de la sociedad civil implica no sólo la idea de la autolimitación de la misma, sino también su propio fortalecimiento. Esto tiene consecuencias tanto para la sociedad civil como para la política. El modelo es incompatible con el concepto individualista-liberal de la sociedad civil, que implica su total despolitización así como su dependencia de las fuerzas de la economía de mercado (Cohen y Arato, 2000: 79). Los postmarxistas se dan cuenta, de la misma manera que lo hiciera Antonio Gramsci, de la durabilidad de la sociedad civil en la democracia capitalista y de la consecuente improbabilidad de la revolución; además, afirman lo normativamente deseable que es la sociedad civil. Esta vertiente se puede distinguir de todos los neoliberalismos por sus esfuerzos para desarrollar el tema de la transformación democrática radical de las versiones existentes de sociedad civil. Según este concepto de sociedad civil, el sujeto de la transformación debe ser una sociedad independiente o, más bien, una sociedad que se autoorganiza, y cuyo objetivo no es la revolución social sino una reforma estructural obtenida como resultado de una presión organizada desde abajo, así estos dos aspectos se unen en el término revolución autolimitada.

Las organizaciones en la ciudad de Rosario, localizadas por distritos, exceden las 5 mil, y se observa que cuatro de cada diez organizaciones se ubica en el distrito centro; el resto se distribuye en forma homogénea en los distritos restantes (Rocchi, 2007). En el Distrito Centro, se ubican las cámaras, sindicatos, mutuales, Colegios profesionales, fundaciones, federaciones, grupos vecinales, así como las organizaciones de colectividades, centros de estudios, clubes deportivos y sociales. En casi todos los distritos, por cada uno de ellos, se localizan cooperadoras escolares y cooperativas que corresponden mayoritariamente a cooperativas de trabajo. Es notoria la preponderancia de las organizaciones de base comunitaria (resulta oportuno recordar que estas organizaciones se constituyen con el propósito de dar respuesta a las necesidades de los pobladores de un ámbito territorial determinado; integran esta categoría: asociaciones vecinales, sociedades de fomento, clubes barriales, bibliotecas populares, cooperadores escolares; los recursos son de aportes externos (no de miembros), y sus actividades se inclinan a satisfacer los intereses de la comunidad y a generar vínculos comunitarios). La preponderancia de este tipo de organizaciones es evidente incluso en la distribución distrital (vecinales, centros

comunitarios (copa de leche y comedores, huertas comunitarias, costureros); están distribuidas en los distritos noreste, sudoeste, sur, oeste y, menos, en el distrito norte.

Al mismo tiempo, han surgido numerosas cooperativas de trabajo vinculadas a empresas recuperadas o a nuevos emprendimientos, particularmente, en la rama de la construcción (en Rosario existen ochenta cooperativas de este tipo). Por otra parte, aparecen nuevas formas de cooperación asociada, bajo la figura de micro-emprendimientos productivos que integran lo de podríamos llamar economía social. En el distrito Centro, se ubican las más tradicionales; numéricamente, existen pocas vecinales, escasos centros comunitarios, y están los sindicatos y cámaras o colegios profesionales. Las organizaciones de Derechos Humanos se encuentran presentes desde fines de los años setenta durante la dictadura, las Fundaciones se relacionan con el Estado Provincial y Municipal mediante la participación en políticas públicas.

Los casos que tomamos como unidad de análisis, INDESO (Instituto de Estudios Jurídico Sociales de la Mujer) e INSGENAR (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo), son organizaciones rosarinas. La primera se autodenomina como una asociación civil sin fines de lucro, fundada en Rosario, en el año 1984, con el objetivo de trabajar por la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer y por el reconocimiento de sus derechos. Asimismo, se consideran una organización de mujeres feministas que trabaja por la construcción de una sociedad más justa, equitativa, solidaria y democrática, sin discriminaciones ni exclusiones de ningún tipo, y por el respeto de los derechos humanos. INDESO se propone como un espacio de participación, intervención, formación, reflexión, capacitación y comunicación que aporta, desde una perspectiva de género, a la modificación de las relaciones de subordinación existentes en nuestra sociedad.

INSGENAR se autodenomina una organización que tiene como objetivo fomentar democracias reales que se basen en la plena participación ciudadana de varones y mujeres. Comenzó sus actividades a fines de los ochenta, pensando en cómo lograr que los DDHH se encarnen en la vida cotidiana de las personas sin discriminación por sexo, edad, origen ni condición social.

En el mismo período, desde fines de los años ochenta, con la privatización de las empresas pertenecientes al Estado, surgirán las organizaciones de defensa de consumidores, también las organizaciones de control ciudadano, como Ejercicio Ciudadano, Despertar

Ciudadano; las representativas de derechos sexuales, como Vox y Colectivo Arco Iris; y otras enfocadas en la defensa del medio ambiente, como el Taller Ecologista (este nace en 1985 como precursor del trabajo de base en la materia). En relación a esta OS, en el año 1993, en materia de política ambiental, el gobierno municipal impulsa una gestión descentralizada que trascendió como innovadora, en la cual el tema central estuvo referido a una nueva política para los residuos.

Se inició un proceso de reforma, reestructuración y fortalecimiento en el ámbito de la Secretaría de Servicios Públicos, conformando un equipo técnico pionero para el manejo integral de los RSU (Geary, 2010), a través del denominado “Proyecto Residuos Rosario” (PRR), y la sociedad civil se integró a espacios de deliberación donde interactuaba con el Municipio. El PRR fue un escenario para que el municipio invitara, a través de GTZ, a participar a la sociedad civil, y por tanto, significó una legitimación de las OS ambientalistas. La iniciativa de fomentar e institucionalizar la participación de los grupos y organizaciones intermedias en la discusión de los lineamientos para una política ambiental se institucionalizó a partir del trabajo con dos organismos: la Comisión de Ecología del Concejo Municipal y su Consejo Asesor (CACE9), que funcionaba en el parlamento local, y el Consejo Ambiental Rosario (CAR). La historia de estos organismos se remite a tiempos anteriores, pero muy cercanos a la gestión de Binner; los primeros se crearon en el año 1993, con el objetivo de construir un lazo formal de acercamiento entre los representantes electos y los ciudadanos. Se reconoció la trayectoria de los grupos organizados de la ciudad, se permitió su participación institucionalizada y se los tuvo en cuenta para acordar criterios en materia de legislación y resolución de temas ambientales locales. Aunque en los últimos años Rosario logró avances notables en áreas como salud y cultura, en materia de política ambiental, y particularmente, en la política pública de los residuos sólidos urbanos, según Geary *et al.* (2010), este municipio mostró un desempeño diferente y retardatario. Este resultado se dio a pesar de que contó con recursos extraordinarios y novedosos en materia de capacitación técnica y de financiación para proyectos afines, a la par que interactuó con una sociedad civil activa e interesada por debatir estos temas en el espacio público, condiciones muy importantes, y a esto debemos agregarle que se trató de un gobierno que mantuvo el mismo color político durante dos décadas. El problema pudo tener que ver con la relación del gobierno local con los actores

sociales y el tipo de modelo de gestión que privilegió el municipio con respecto a esta problemática.

Por otro lado, también surgieron organizaciones vinculadas a problemáticas específicas: Padres del Dolor, Chicos, vinculadas a la atención de los niños y niñas en situación de calle. En el área salud, se encuentran, en materia de política ambiental: CORDIC Consejo de Recuperación del Incapacitado Cardíaco), LALCEC (Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer), ARLPI (Asociación Rosarina de Lucha contra la Parálisis Infantil); estas son filiales locales de organizaciones nacionales. Algunas que nacen a partir de los años ochenta, pero asumen protagonismo en la década del noventa, tales como Voluntarios contra el SIDA y Fundación SIVIDA.

De acuerdo a los datos más recientes, en Santa Fe se encuentran registradas 8023 entidades con personería, y en Rosario, de acuerdo a nuestra base de datos, existen 6735 registros, correspondientes al total de la región. Es decir, las dos terceras partes de este número corresponde a Rosario.

El Programa Municipal de Lucha Contra el SIDA fue creado en el año 1992 por Ordenanza N° 5532 del Concejo Municipal de Rosario. Este es el primer programa que nace como iniciativa de las OS y es llevado a cabo en colaboración con las mismas. La política del Municipio de Rosario, y en particular del área Salud, se caracteriza por interactuar intensamente con las organizaciones de la sociedad civil como producto de una particular visión del Estado local, donde las políticas son diseñadas como herramientas de participación ciudadana para aproximar a los vecinos a la gestión.

En lo referido a su nivel de institucionalización, la personería jurídica es tramitada en la dirección de personas jurídicas de la Provincia de Santa Fe. Al mismo tiempo han surgido numerosas cooperativas de trabajo que se diferencian de las antiguas cooperativas; el total de Cooperativas de diverso tipo —consumo, crédito, vivienda, trabajo, servicios—, en la ciudad de Rosario, es de cuatrocientos sesenta y ocho.

Se han sumado nuevas, vinculadas a empresas recuperadas —La Toma (ex Tigre), Mil Hojas, La Cabaña—, o a nuevos emprendimientos, particularmente, en la rama de la construcción (Rosario registra, por ejemplo, ochenta cooperativas de este tipo). Por otra parte, aparecen nuevas formas de cooperación asociada, bajo la figura de micro-emprendimientos productivos que integran lo que podríamos llamar economía social

o solidaria.

“La participación puede ser entendida como un instrumento para activar la gestión o como acción colectiva en principio, la democracia representativa no alcanza, ella misma pierde su validez y legitimidad si no se complementa con la presencia in-mediata de los representados en los ámbitos hasta ahora extraños a estos, aquí un punto de partida estratégico para la reconstrucción del modelo de democracia. En esta concepción de democracia profunda, las instituciones participativas, al menos inicio, serían un complemento de las instituciones representativas ya existentes” (Goldfrank, 2006).

Cuando la participación es pensada como recurso para la gestión, los tecnócratas ubicados ideológicamente en el centro, presentes en algunos partidos políticos y en las organizaciones internacionales de desarrollo, no ven el Presupuesto Participativo como una amenaza, sino como un instrumento técnico. Valoran las posibilidades de utilizarlo para crear “buen gobierno”, es decir, garantizar eficiencia, eficacia y transparencia y reducir la pobreza y la corrupción. Desde esa perspectiva, las instituciones participativas son complementarias, pero subordinadas, a las instituciones representativas. La participación asume una forma de consulta más que de deliberación y se enfoca en los representantes de las organizaciones de la sociedad civil y las agencias gubernamentales, en vez de orientarse a la construcción de espacios públicos abiertos. Podemos afirmar que, en el caso de Rosario, el 2001 fue una suerte de bisagra con respecto a las formas de participación no organizadas e institucionalizadas; produjo un quiebre en las formas de participación ciudadana y también marcó un claro cambio en las relaciones gobierno-sociedad civil, al menos en lo que respecta a las formas. Con respecto a las acciones colectivas denominadas “espontáneas”, sus protagonistas entendieron los costos de aquéllas, pero también comprendieron que eran parte de los beneficios que ellas podían proporcionar.

Entendieron además que, al actuar de manera colectiva y coordinada, existen posibilidades de cambio; lamentablemente, muchos no entienden este tipo de participación como política, restringiendo sus prácticas a reivindicaciones coyunturales y sectoriales. Algunas de las organizaciones que, en el 2001 e inmediatamente después, se definían como “sociales” comenzaron a plantearse la necesidad de vincular su problemática con el modelo político de exclusión que los marginaba de derechos sociales básicos (Rofman, 2002: 111). Así, mientras parte de las organizaciones de la Sociedad civil vinculadas a situaciones de

alta vulnerabilidad social desarrollaron sus objetivos sobre la base de una gestión basada en la participación en programas asistenciales vehiculizados por organismos oficiales, como ya hemos señalado, algunas además intentaron constituirse en interlocutores válidos de los sectores que representaban.

Si revisamos el recorrido de INSGENAR e INDESO, podemos dar cuenta del significado que tuvo para los actores sociales el 2001. En el primer caso, e impactadas por el modo en el que una adolescente fue tratada en un hospital de Rosario tras dispararse en el abdomen, las precursoras del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos se decidieron a investigar el trato recibido por las mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. Así se gestó “Con todo al Aire”, que denuncia los malos tratos a los que se enfrentan muchas mujeres a la hora de recurrir a estos servicios; publicado en 2006, cambia la forma de interpelar al actor estatal, se modifica la manera de reclamar. Como hemos desarrollado en los primeros trazos de esta investigación, a ambos actores, de acuerdo a la caracterización realizada por el Instituto Gino Germani, acordamos denominarlos “Organizaciones de promoción de derechos”, siendo actores cuya finalidad primordial es la defensa y extensión de derechos y valores universales o de categorías sociales particulares. Sin embargo, a partir de las actividades, las podemos pensar también como organizaciones de promoción del desarrollo, ya que son organizaciones cuya finalidad es promover capacidades y conocimientos que se transfieren a organizaciones sociales y/o a los miembros de estas comunidades.

Ya pasaron algunos años desde el trágico diciembre de 2001, y desde algunos gobiernos locales, como es el mencionado caso del Municipio de Rosario, se vienen elaborando mecanismos de participación ciudadana, por medio de un proceso de profundas transformaciones e innovación de las prácticas administrativas y en la concepción misma de la gestión municipal.

En este Municipio, se intentó canalizar, de alguna manera, la demanda de participación desde la sociedad civil, tanto en lo que concierne al estímulo de la participación ciudadana —de modo tal de ampliar los sujetos y los medios para influir en los procesos de formación de la voluntad política—, como de propiciar la producción de bienes públicos por parte de la sociedad.

En nuestra charla con INDESO, pudimos detectar una bisagra a posteriori de la

crisis del 2001, “el CoNDeRS tomó otras dimensiones, se incorporaron más organizaciones que trabajamos la temática y también esta cuestión de la no presencia de la Iglesia..., porque en definitiva somos un Estado laico”. Para INDESO, la participación comenzó antes del 2001, después no creció, “hubo períodos distintos de más participación o menos, creció la participación cuando estaba el centro de salud en Empalme Graneros, porque mucha se acercaban por muchas cuestiones...”.

Hoy, a posteriori del 2001, clamamos por el retorno del actor estatal; pero lo cierto es que, desde 1983 a esta parte, no estamos discutiendo lo estructural: qué modelo de democracia queremos, necesitamos y podemos conseguir. La participación al interior de las organizaciones es causa y efecto de la participación de las mismas en el espacio público; en tal sentido, cabe señalar que lo que se entiende por participación ciudadana en políticas públicas es la intervención ordenada de personas y organizaciones para cooperar con las acciones que lleva a cabo un gobierno. En este sentido, Cunill Grau distingue dos procesos distintos: a) la participación en la formulación de políticas y decisiones públicas, que tiene por objetivo ampliar el espectro de actores implicados en la elaboración y diseño de las políticas, y b) la participación en la gestión de programas o servicios públicos, que da lugar a formas de colaboración de organizaciones de la sociedad civil sólo en la fase de ejecución de las acciones, y es resultado del proceso de transferencia de funciones del Estado a la sociedad. Además de estos tipos de articulación basados en la asociación, esta autora señala que no deben obviarse, dentro de este panorama, las “instancias de confrontación propositiva”, como pueden ser los mecanismos de control social e interpelación política (Cunill Grau, 1995). Así, la participación al interior de las organizaciones se puede efectivizar en distintos niveles: los integrantes pueden participar en la información, en la consulta, y en la decisión, este nivel requiere el mayor compromiso de todos los participantes (Schvarstein, 2003: 135).

En los últimos años y a partir de distintos trabajos, hemos podido detectar que, en la cotidianidad de resolver necesidades básicas insatisfechas, la participación de algunas organizaciones parece estar ligada a su compromiso con los aspectos de la vida privada, siendo la denominada “esfera pública” un ámbito alejado, o un espacio vinculado a la resolución de problemáticas puntuales. Por otro lado, se encuentran aquellos actores que tienen una posición activa con respecto a la participación en el espacio público, pero se

encuentran atravesados por presupuestos y subjetividades que condicionan su funcionamiento interno. Así, los integrantes de una organización pueden participar en la información, en la consulta, y en la decisión, este nivel requiere el mayor compromiso de todos los participantes (Schvarstein, 2003: 135).

De esta forma, la búsqueda de eficacia en la acción obliga a la sociedad civil a valerse de otras formas de participación más ligadas a la negociación con el gobierno, generalmente, de carácter particularista, y a conseguir sus apoyos en instituciones internacionales que tienen la capacidad de inducir la acción de las organizaciones civiles mediante la definición de agendas específicas. Estas situaciones de participación a partir de la asistencia y de prácticas clientelares se han institucionalizado en nuestra sociedad. Así sucedió que la profecía de la extinción del Estado fue parcialmente realizada en la Argentina contemporánea. El país cayó en una dramática situación, sin demasiadas estructuras políticas y constitucionales que sirvieran de marco regulativo; de este modo, las dinámicas políticas y sociales adquieren, aún más, formas desestructuradas de luchas entre una pluralidad de grupos sociales.

En un contexto dominado por la ausencia de tales innovaciones en el orden nacional y provincial, algunos municipios argentinos fueron escenario de incipientes y alentadoras experiencias de participación ciudadana impulsadas por las propias administraciones locales, coincidiendo con la revalorización del ámbito local que acompañó a la globalización. En este marco, evaluaremos el proceso de innovación institucional encarado en el Municipio de Rosario (descentralización, presupuesto participativo y audiencias públicas), considerando el impacto que estas nuevas formas de participación y control han tenido en el desarrollo de la gestión municipal. Las experiencias gestadas desde Rosario proporcionan un campo de análisis propicio para indagar las potencialidades que ofrecen los municipios para promover democracias de proximidad (Robin *et al.*, 2008). La suerte de estas innovaciones descansa en la existencia de un poder político comprometido con ellas, una sociedad civil activa y dispuesta a reclamar y usar estos espacios y burocracias capaces y motivadas. Lo local, considerado en su doble dimensión de espacio físico y político, se fue constituyendo en una nueva escala de referencia para pensar lo político. La proximidad política que provee, en tanto primera instancia de agregación de individuos, lo convierte en el lugar en donde todas las contradicciones económicas, sociales y políticas se encuentran

presentes.

De los relevamientos que hemos realizado en la ciudad, quizás entre las cuestiones más visibles encontramos la ausencia de un trabajo en red. Entendemos por tal a una nueva visión de la comunicación como coordinación de acciones en el lenguaje; se trata de una nueva forma de analizar el contexto en términos de compromisos lingüísticos básicos: pedir, ofrecer, prometer, afirmar y declarar. Constituye una nueva visión del mundo, planteada en términos de interpretaciones en vez de hechos, y una nueva aceptación de la diferencia del otro como legítima e inevitable, a la vez que ofrece una mejor oportunidad de establecer acuerdos posibles y concertados, y supone una mejor competencia llegado el momento de coordinar acciones con otros, a partir de la posición de responsabilidad en vez de una posición de víctima.

En relación a INSGENAR, es una organización que surge en los noventa, y su participación se vinculó con sus investigaciones en el campo del diseño; sus trabajos sirvieron de diagnóstico para pensar distintas políticas públicas en materia de DDHH, pero, particularmente, en materia de derechos de mujeres y niñas; también supo involucrarse en la implementación y luego en el control de dichas políticas.

1.2. Interacciones entre las organizaciones sociales y el Gobierno municipal

Desde inicios de nuestra investigación pensamos en la importancia de analizar el Estado argentino debido a las profundas mutaciones que sufrió dicho actor, que repercutieron en otros, particularmente, en OS. Por otro lado y en el mismo sentido, una serie de políticas y prácticas emanadas del aparato estatal atraviesan nuestro objeto de estudio produciendo notorias transformaciones.

Hoy existe todo un debate en torno a la idea de qué es la Sociedad Civil y, claro está, también con respecto al tipo de Estado correspondiente. Este interés por la Sociedad Civil aparece no causalmente a partir de la crisis de los paradigmas interpretativos más usados en las ciencias sociales: el marxista y el funcionalista. Y si bien el concepto puede ser extenso y utilizado en diversas formas, la perspectiva es que la sociedad civil no es la

sociedad de mercado, ni la mera oposición al Estado, sino la construcción de instancias colectivas de representación —tanto sociales como políticas—, de profundización de la ciudadanía y también de la generación de lazos comunitarios. No excluye, por lo tanto, el énfasis transformador de la sociedad y de las relaciones de poder en su conjunto. John Kane (citado por Habermas, 1992) atribuye a estas asociaciones la tarea o función de mantener y redefinir las fronteras entre la sociedad civil y el Estado a través de dos procesos interdependientes y simultáneos: la expansión de la igualdad social y de la libertad y la reestructuración y democratización del Estado; se trata, por tanto, de asociaciones formadoras de opinión.

En primer lugar, encontramos una característica central en la relación entre el Estado y la sociedad en la Argentina: el aparato estatal determinó fuertemente a la sociedad, apareciendo como modernizador, nacional-popular, o garante de un orden represivo. Esta característica le dio una particular vinculación que estuvo más cerca de la intervención y de la fusión que de una clara separación entre el aparato estatal la sociedad. Aquí, el primero fue, en un principio, la herramienta de construcción de la Nación, y luego la fuente de identidad colectiva de actores cuya consistencia en el plano de la sociedad civil y los intereses privados era endeble. Por eso, la voluntad de imponerse desde el Estado u obtener algo de él fue siempre más poderosa que la intención de preservar libertades; lo propio de este momento político fue que lo social y lo estatal, lo privado y lo público, lo individual y lo colectivo coexistieron en fusión y confusión (García Delgado, 1990: 28).

La conformación particular del Estado argentino, como en el resto de los países latinoamericanos, a fines del XIX, se dio entre las contradicciones generadas por la modernización tardía y la fuerte vinculación pueblo- nación-Estado, y son tales aspectos los que distinguen ésta experiencia de la de los países centrales; aquí la influencia del Estado se situó en todos los ámbitos, hasta en la misma vida cotidiana (Allub, 1989).

El protagonismo de nuestro aparato estatal tiene distintas explicaciones, según distintos autores. En primera instancia, nos encontramos con las denominadas “revoluciones desde arriba”, donde los Estados nacionales protagonizaron los procesos de modernización tardía.

En estos casos es el Estado quien asume la tarea de instaurar la sociedad moderna, y de allí la especificidad de un intervencionismo estatal dedicado a ejecutar un modelo de

desarrollo para la sociedad en su conjunto. Sin embargo, hoy ese fuerte rol estatal impulsor del desarrollo, articulador regional e integrador social se ha atenuado. El Estado cambia rápidamente hacia una menor actividad económica, amplía el espacio del mercado, abre las fronteras, se desvincula, en cierta medida, de lo social; éste cambio se genera como crisis de un modelo anterior sentido como muy opresivo para los individuos.

Los principales factores que inciden en la lógica de éste modelo estatal son: en lo económico, la crisis del modelo de acumulación sustitutivo basado en la demanda interna, que es el equivalente a la crisis del keynesianismo de los países centrales; la crisis de alta inflación comienza en los setenta y crece en los ochenta hasta llegar a la hiperinflación; el eje del proceso económico dejan de ser el trabajador y su organización, y pasan a serlo el mercado y el consumidor.

En lo político se produce el pasaje del régimen autoritario al democrático liberal. La democracia es asociada cada vez más a instituciones y procedimientos, a formas más que a contenidos, a la par que desaparece la idea de democracia social o sustancial a favor del concepto de democracia formal. Desaparece, asimismo, la concepción de la política como eje de la movilización y el sentido emancipatorio de la misma. Respecto a lo social, las relaciones pierden homogeneidad; ya no hay diferencia de clases, encontramos una pluralidad de grupos sociales; la sociedad se va dividiendo entre el que está dentro del sistema y los que quedan afuera.

Sintetizando, el Estado de Bienestar se derrumba, los márgenes de acción estatal se restringen, y así emerge el nuevo modelo el estatal, el denominado “neoliberal”. Sin embargo, éste no sintetiza más que un proyecto que se venía desarrollando desde los setenta con la crisis petrolera, y que se afianzó en los ochenta con la aplicación del denominado “Consenso de Washington”. Dicho “Consenso” se constituyó a partir de los siguientes instrumentos: la disciplina fiscal; la redistribución del gasto público; la ampliación de la base tributaria; la liberalización de las tasas de interés; la determinación de las tasa de cambio por el mercado; la liberalización de la inversión extranjera directa; la privatización; la desregulación; la garantía de los derechos de propiedad.

En palabras de Oszlak, podríamos afirmar que el Estado argentino no se ha preocupado por resistir a las exigencias económicas y que claudicó en su función de contribuir a la cohesión social. El número de funcionarios no se redujo, pero sí disminuyó la

capacidad de dar respuesta a las necesidades públicas (Oszlak, 1982). Lo que se necesita es un Estado que sea Estado, señala O'Donnell, éste debe ser conducido con una visión política, tendiente a maximizar el bienestar nacional; se trata, en todo caso, de “domesticar la globalización” (O'Donnell y Schmitter, 1989). Sin una autoridad pública que exprese el interés común, cada grupo quedaba librado a sus propios intereses inmediatos, aun cuando la orientación por parte de las OS a hacer algo fuera muy fuerte. Por otro lado, existen numerosas cuestiones que obstaculizan la cogestión entre el Estado y las OS, entre las que se pueden enumerar: una tradición para la cual la toma de decisiones ha estado ligada a la administración pública; la debilidad técnica y presupuestaria de muchas administraciones municipales y provinciales; la puja entre organizaciones que se disputan la población objeto como clientela; la debilidad de algunas OS para interactuar por su precariedad organizativa, su funcionamiento discontinuo, y el desconocimiento de herramientas e información favorables a su crecimiento. Pero, por sobre esto, subyacen otras cuestiones emparentadas con la relación entre las OS y los partidos políticos o congregaciones eclesiásticas, que dificultan la relación entre las organizaciones estatales. En nuestro país la relación entre los actores de la sociedad civil y los distintos organismos estatales, en particular el sector dedicado a los pobres, atravesó por distintas etapas de interacción (Bustelo, 1995).

En los noventa, se produce un doble movimiento, que empujó la denominada crisis “hacia abajo”, desde el gobierno central a las provincias y los municipios, y de estos actores hacia las OS en sus representaciones a nivel local. Sin embargo, los dos nuevos actores protagónicos distaban de estar preparados para la función que debían asumir; en éste contexto la autoridad pública local resultó débil para lograr respuestas viables por sí sola. Sin una autoridad pública que exprese el interés común, cada grupo quedó prácticamente librado a sus propios intereses inmediatos, aun cuando la orientación a hacer algo sea muy fuerte por parte de las OS. Por otro lado, existían numerosas cuestiones que obstaculizaban la cogestión entre estas y los gobiernos, una tradición para la cual la toma de decisiones ha estado ligada a la administración pública, la debilidad técnica y presupuestaria de muchas administraciones municipales y provinciales, la puja entre organizaciones que se disputan la población objeto como clientela, la debilidad de algunas OS para interactuar por su precariedad organizativa, funcionamiento discontinuo, desconocimiento de herramientas e información favorables a su crecimiento.

A partir de la crisis del Estado Asistencial, al igual que las organizaciones partidarias, en forma lenta y progresiva, las OS se convierten en los nuevos canales de formación y transmisión de demandas. Desde los noventa, y con más énfasis a partir de la crisis del 2001, los actores de la sociedad civil, ante innumerables proyectos con financiamiento externo, han comenzado a constituirse en un actor más relevante ante los gobiernos para la implementación de programas sociales.

En este sentido, los organismos internacionales de cooperación (BID, Banco Mundial, etc.) otorgaron a las OS un rol excluyente en la ejecución de los programas sociales, y también se les adjudica el rol de auditoras sociales.

De esta manera, también el gobierno nacional, en un primer momento, pone énfasis en las organizaciones, dejando de lado el resto de las instancias, y les otorga recursos a aquéllas a cambio de hacerse cargo de la asistencia. Así se pretende asegurar la eficiencia, es decir, se va diseñando un modelo exclusivamente instrumental. En ésta etapa histórica de la relación, la fuerza centrífuga del aparato para intercambiar lealtades y recursos con las organizaciones fue inhibiendo otras modalidades de articulación de la acción colectiva. En palabras de O'Donnell, las díadas patrón-cliente sostienen a este clientelismo de los noventa como un sistema privatizado de dominación (O'Donnell, 1985). De todo lo dicho se desprende la caracterización de una relación basada en el asistencialismo y el clientelismo. Y es que la misma situación de urgencia que atraviesan las organizaciones las lleva a actuar en forma corta en el tiempo, como también les urge a los gobiernos formular políticas de rápido impacto político, que puedan intervenir al ritmo de la crisis. Tenemos como resultado que las organizaciones más favorecidas son las que tienen algún vínculo político, o tienen mayor base comunitaria y experiencia en gestionar la necesaria ayuda financiera.

La agenda oficial o formal del gobierno, fuera éste provincial o municipal, hasta los años noventa, venía dada por disposiciones legales que delimitaban claramente las problemáticas a asumir por estos niveles de gobierno, y la distribución de esferas de acción presentaba caracteres de autonomía y nitidez mucho más elevados que los de hoy en día. Podríamos decir que luego de la Reforma del Estado, y producto también de los efectos de la globalización, tiene lugar una “apertura” de las agendas de estos niveles de gobierno. Los gobiernos locales se ocupaban de tareas básicas limitadas y con menores estructuras de

funcionamiento; se dedicaban, principalmente, al modelo de gestión conocido como ABL (alumbrado, barrido y limpieza), dentro del cual existían, funciones de habilitación y controles mínimos de comercios e industrias, y algunos servicios sociales básicos (centros médicos, oficinas postales, bibliotecas, etc.). Todas las demás cuestiones dependían de la instancia nacional, que se presentaba como un aparato desconcentrado (Oszlak, 2003) de gestión con muy fuerte presencia. Luego de la reforma estructural del aparato estatal, de los procesos de descentralización y de los impactos de la globalización creciente, los estados subnacionales se han dado una agenda acorde a las nuevas circunstancias que nada tiene que ver con la anterior.

Las agendas de los gobiernos locales giran en torno a cinco puntos centrales: la tensión entre lo estructural y lo coyuntural, que refiere a la necesidad de buscar un equilibrio entre la solución a los problemas cotidianos y la ejecución de programas y planes a mediano y largo plazo; la planificación concertada con actores, que tiene el fin de agilizar decisiones y lograr consensos, y por ello se abre la mesa de negociaciones a todos los actores sociales que fueran necesarios; los mecanismos de control social e institucional, cuyo objetivo es también ampliar el ingreso de la ciudadanía local y sus instituciones a los mecanismos de control de las políticas; la corresponsabilidad Estado-Sociedad, que se propone incrementar la participación de la ciudadanía local en los procesos de implementación de las políticas; y, por último, la construcción de espacios de articulación regional, entendidos éstos como ámbitos de relacionamiento entre niveles de gobierno de una misma región para compartir información, experiencias y modos de gestión (Arroyo,1997)

En este sentido, podemos observar los cambios sufridos por los gobiernos locales que pasan de ser un actor administrador, dependiente y heterónimo a un nuevo actor social y político, productor y gestor de políticas, así como con capacidad de negociación y atribuciones para llevar a cabo objetivos precisos. La literatura consultada nos indica que los gobiernos están intentando llevar adelante procesos de modernización de las gestiones para hacer frente a estos desafíos, tales como la introducción de nuevos estamentos de decisores públicos locales, la adaptación de las viejas instituciones locales al nuevo contexto, la difusión de nuevos paradigmas de gestión pública, la innovación de la infraestructura tecnológica, etcétera. Existen nuevas exigencias para los gobiernos locales,

que deben afrontarlas mientras se suman preocupaciones y ocupaciones a la difícil tarea de gestionar lo cotidiano. A pesar de las intencionadas reestructuraciones, la relación entre el gobierno municipal y las OS no ha logrado un trabajo mancomunado y sostenido, mucho menos en red, a excepción de algunas experiencias, como en el caso del municipio que aquí analizamos. La importancia del trabajo en red, como sostienen Borja y Castells, reside en la posibilidad de consolidar espacios territoriales, económicos, políticos, demográficos y, agregaríamos, en consolidar la cadena de valor de una comunidad, mediante la obtención de funciones de liderazgo y la inserción de los participantes en espacios de actuación superiores. Por último, los beneficios del trabajo en red están vinculados fundamentalmente al hecho de que sus miembros aprenden/enseñan y aportan/reciben, creando una situación de multipolaridad solidaria (Borja y Castells, 1997).

Noemí Chiarotti, de INDESO, comentaba: “Tenemos muy buena relación entre las organizaciones y también el Estado, también sabemos que ha habido más diálogo a nivel nacional... Nosotras, por ejemplo, hicimos desde el CoNDeRS una reunión que invitamos, desde Nación, especialistas en el 0800, y en la misma reunión trajimos a un profesional especialista en el uso de Misoprostol... Eso lo hicimos nosotros, invitamos a la gente para que participe... y vinieron las compañeras que participan en la provincia del CoNDeRS, que son INSGENAR, la Asociación Civil Palabras y la UNL (Programa de género)...”.

Amichiardi (INSGENAR), por su parte, narra: “[...] nos asociamos y articulamos con diferentes actores, por ejemplo con organizaciones no gubernamentales, con programas públicos, con Defensoría del pueblo, o sea, nuestros aliados en los territorios fueron distintos actores y ahí empezamos a trabajar...”. Sin embargo, Amichiardi señalaba durante la conversación: “[...] primero pudimos mantener..., logramos articular con el gobierno provincial, la defensoría del pueblo, después con la Facultad de Medicina y luego con distintas organizaciones de mujeres e hicimos una presentación en la Secretaría de Salud Pública... Desde INSGENAR tenemos un articulación porque participamos del Consejo Asesor...”.

Así, existe una característica central de la relación entre el gobierno y la sociedad en la Argentina: ésta consiste en que el aparato gubernamental determinó fuertemente a la sociedad, apareciendo como modernizador, nacional-popular, o garante de un orden represivo. Esta característica le dio una particular vinculación que estuvo más cerca de la

intervención y de la fusión que de una clara interacción entre gobiernos y sociedad. Aquí el aparato estatal y los actores involucrados fueron la herramienta de construcción de la Nación, y luego la fuente de identidad colectiva de actores cuya consistencia en el plano de la sociedad civil y los intereses privados era endeble; probablemente, nuestra cultura estatista posee sus bases en la colonia, donde se habría conformado un Estado fuertemente centralizado y burocrático, y habría primado el todo y lo vertical sobre la Sociedad Civil.

Sin embargo, ese fuerte rol estatal impulsor del desarrollo, articulador regional e integrador social, comenzó a declinar. Así, en la ya conocida década privatista (los noventa), a partir de las políticas implementadas, la desigualdad se inscribe en el corazón de cada categoría social, a través de la precariedad y haciendo día tras día más difícil hablar de esas categorías como homogéneas (Castel y otros, 2001: 22). En este sentido, Stiglitz señalaba: “La globalización y la introducción de la economía de mercado no han producido los resultados prometidos. [...] Occidente aseguró a esos países que el nuevo sistema económico les brindaría una prosperidad sin precedentes; en muchos aspectos, para el grueso de la población, la economía de mercado se ha revelado incluso peor de lo que habían predicho sus dirigentes comunistas” (Stiglitz; 2002: 33).

Obligadamente, la realidad por la que atravesaba la sociedad civil argentina, y en cierto modo atraviesa, nos hace remitirnos nuevamente a Castel con sus lógicas, la de la redistribución y la de la exclusión; la primera nos lleva a un problema siempre presente en nuestro país, la segunda tiene que ver con las nuevas desigualdades; en Argentina, en los noventa, perdedores eran muchos y ganadores unos pocos (Castel y otros, 2001). Así, lenta y progresivamente, en la relación entre el aparato gubernamental y la sociedad civil —en la opinión pública pero también en los ámbitos académicos—, se posicionará al primero como el rival a vencer, y por contrapartida, se erigirá a las eficientes y honestas OS como el Mesías del siglo XXI. En realidad, ninguna de las posturas es del todo certera; es tan importante el apoyo a las OS como a las instituciones estatales; se trata, en realidad, de institucionalidades complementarias.

Como venimos señalando, en la década del noventa, se produce un doble movimiento que empujó la crisis hacia abajo: desde el Estado central a las provincias y los municipios, y de aquellos actores hacia la sociedad civil en sus representaciones a nivel local. Sin embargo, este escenario toma desprevenidos a los mencionados actores, ya que,

ante esta situación, los gobiernos locales resultaron débiles para lograr respuestas viables por sí solos. Según lo hemos mencionado ya en varias ocasiones, sin una autoridad pública que expresara el interés común, cada grupo quedaba librado a sus propios intereses inmediatos, aun cuando la orientación a hacer algo por parte de un sector de la sociedad civil fuera muy fuerte.

Desde la sociedad civil hay momentos diferentes; señala INSGENAR que “existen gobiernos más verticalistas y otros con los que se puede trabajar”. Los distintos logros, afirma esta organización, son procesos largos que implican avances y retrocesos: “[...] pero, bueno, se llega al caso, y hay momentos en los que se puede articular bien y vamos transitando juntos y otros momentos que tenemos diferencias..., no es lineal...”.

Por otro lado, existen numerosas cuestiones que obstaculizan la cogestión entre el actor estatal y sus “nuevos compañeros”: la sociedad civil y los gobiernos locales; pero, por sobre esto, surgen otras cuestiones emparentadas con la relación entre la sociedad civil y la sociedad política que dificultan la vinculación entre las organizaciones estatales.

Esta situación generó en las localidades la toma de conciencia de su incapacidad de producir valor, y aun de negociarlo, dependiendo de acciones sobre las que no ejercen el menor control (Bauman; 2000: 9). De esta manera, se fue propiciando una “innovadora” relación, con la particularidad de la presencia de una combinación peculiar de asimetría de poder con una aparente solidaridad mutua en términos de identidad personal y sentimientos, que se diferencia del asistencialismo porque implica la presencia de una norma de reciprocidad.

Por ejemplo, en el caso de INDESO, las relaciones con el Estado se afianzaron a mediados de los ochenta cuando, en conjunto con un grupo de vecinos del distrito Noroeste, dan vida al centro de salud Juana Azurduy: “[...] en el año ochenta y siete, ayudamos a fundar un centro de mujeres en Empalme Graneros que se llama ‘Centro de Mujeres Juana Azurduy’”, señalaba Noemí, una de las colaboradoras de la organización.

Podemos observar cómo la situación de conflicto y urgencia fue progresivamente borrando las diferencias cruciales entre distintas organizaciones, entre organizaciones y gobiernos, y entre el Estado y los organismos de crédito internacionales. Era así, al calor de la nueva coyuntura, que se conformaba una herramienta política y social capaz de contener en su seno diferentes expresiones sectoriales de lucha con una proyección estratégica. Se

esperaba que dicha herramienta pudiera, además, ser la expresión más genuina de las organizaciones pretendidamente autónomas que se habían desarrollado en los años anteriores. En este sentido, las organizaciones que tomaron fuerza en el 2001 se proponían generar un lazo a partir de un objetivo común, la lucha de organizaciones de izquierda por demandas que, siguiendo a Laclau, ya se habían constituido como “populares”. Las demandas populares a las que nos referimos se encuentran en relación a la transformación social del país, que se convierte en el significativo vacío en referencia a la cadena equivalencial de demandas que se constituye a fines de los noventa y estalla en diciembre del 2001.

En relación a INSGENAR, decimos que la relación que sostienen con el gobierno es de cooperación; en este sentido, nos comentaban en la entrevista: “[...] comenzamos a trabajar con el gobierno provincial, desde el INSGENAR tenemos una articulación porque participamos del consejo asesor y, bueno, siempre es como que se puede trabajar, y “Con todo al aire” la viceministra lo presentó en distintos lugares, tanto en la ciudad de Santa fe como acá en Rosario...”.

En este sentido, y en relación a las OS aquí analizadas, no podemos eludir explicitar sus fuentes de financiamiento. Tanto INDESO como INSGENAR financian sus proyectos con fondos de instituciones internacionales y, en menor medida, reciben colaboración de los gobiernos municipal y provincial. La primera es financiada por “Trocaire”; esta es una organización Irlandesa de origen católico que trabaja en los países en desarrollo y los denominados “subdesarrollados” para mejorar la calidad de vida de su ciudadanía. En el mismo sentido, “Development and peace” es el organismo oficial de solidaridad internacional de la Iglesia católica canadiense y miembro de Caritas internacional, que tiene como visión trabajar por un mundo más justo, cuyos objetivos de desarrollo y paz están inspirados en los valores del Evangelio y particularmente dedicados a apoyar las acciones de los países del sur dedicados a lograr mejoras en sus condiciones de vida; asimismo, la organización se encuentra comprometida en concienciar a los ciudadanos canadienses en el desequilibrio norte-sur. GIZ es una empresa de servicios holandesa que otorga subsidios en el marco de un programa de responsabilidad social empresaria, el cual persigue como objetivos la equidad de género, políticas sensibles a la familia, el comportamiento ético, la transparencia, entre otros. Diakonia es otra financiadora, se trata de una organización sueca

de cooperación internacional que colabora con más de treinta países; su objetivo es que se reconozca el derecho de todas las personas a vivir con dignidad. CCFD Tierra Solidaria es otra organización que también colabora sosteniendo INDESO Mujer; esta es una asociación compuesta por movimientos y servicios de Iglesia. Posee una estructura permanente de ciento setenta empleados, en París y en la región. Para llevar a cabo esta misión, el CCFD actúa de dos maneras: apoyando las iniciativas de desarrollo y sensibilizando a la opinión pública para promover la solidaridad internacional. Otra entidad que colabora con la organización es Brot für die Welt, un programa diseñado por la Iglesia protestante alemana, el cual trabaja particularmente por lograr mejores niveles de equidad en las poblaciones más pobres. UNIFEM es un espacio creado desde la ONU; dicho organismo trabaja hace décadas desde este espacio para lograr mejores niveles de equidad entre hombres y mujeres. Por último, también colaboran con INDESO el movimiento ecuménico Women's World Day of Prayer, que surge en el siglo XIX en Estados Unidos y Canadá, donde se dedica a sostener la labor de las mujeres dedicadas al movimiento.

INSGENAR, por su parte, es financiada en algunas investigaciones por la Unión Europea; el UNFPA, el Fondo de Población de Naciones Unidas, y la IWHC, la Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres; también articula proyectos con el Comité Latinoamericano y del Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer, y con People's Movement for Human Rights Education.

Sintetizando, las OS —en este punto nos permitiremos generalizar— se vieron constreñidas por las necesidades a reformular sus objetivos, sin certezas de estar por el camino indicado. Tal como afirma Bauman, en estos tiempos las certezas y las normas se han roto, y esta nueva forma que ha tomado lo social trajo “nuevas” formas de organizarse, lo cual produjo una multiplicación de las maneras de representar y ser representados. Fue decreciendo la importancia de las elecciones, se complejizaron las dinámicas representativas, y así nos encontramos, más que ante una crisis, ante instancias de mediación en las que han ido surgiendo y resurgiendo organizaciones y acciones colectivas en busca de la providencia perdida. Así vemos como la eclosión de diciembre del 2001 no puede remitirse exclusivamente a los errores de la clase política argentina; existen asimetrías entre las expectativas de la ciudadanía y las acciones de gobierno, y esto se ha debido a complejidades que afectan históricamente a la gestión. A esto último debemos

sumarle los condicionamientos exógenos que lejos estamos de poder ignorar, el “que se vayan todos” ocultaba, implícitamente, la continuación de la antipolítica por otros medios.

Desde el Estado nacional y algunas provincias, muy pocas, se ensayaron y ensayan dinámicas para que los ciudadanos puedan observar y decidir sobre políticas públicas; pero el 2001 nos señala otras deudas con la ciudadanía, que están muy lejos aún de ser saldadas. Las contradicciones que señalamos anteriormente en relación a la exclusión, lo público-político y lo privado-económico, son temas no menores por resolver. Hay un arduo camino por recorrer, hay mucho por recuperar; en primera instancia, es necesario devolverle a la política el protagonismo que merece, hoy adquirido por la economía; pero también es preciso alejarse de las tendencias que pretenden funcionalizar lo político con las necesidades de lo social, en el sentido más demagógico. No permitamos que ciertos sectores se escuden detrás del fantasma de la crisis para ignorar las reglas del juego que declararon conocer y aceptar.

Aquí la investigación propuesta pretende identificar los principales factores que permiten explicar qué tipo de interacciones se desarrollan entre los actores gubernamentales y las OS. Los profundos cambios estructurales que vivió nuestro país en las últimas décadas impactaron de manera notoria en las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil. Las transformaciones se verificaron particularmente en el plano económico-social, deteriorando la relación entre la sociedad y sus representantes (De Piero, 2005: 229). Comenzó a decrecer la importancia de las elecciones, y en la medida en que la sociedad también lo hacía, se fueron complejizando las dinámicas representativas, con lo cual nos encontramos frente a un sensible incremento de las instancias de mediación.

En referencia al Consejo, INSGENAR señala que, en los últimos dos años, hay posibilidades de continuidad en el trabajo que se realiza “y eso es realmente positivo; los encuentros que se llevan a cabo una vez al mes nos permiten hacer propuestas y colaborar; las reuniones se hacen una vez al mes y nos convoca la Dirección de Maternidad e Infancias”.

En las últimas décadas, hemos asistido a democracias basadas en la premisa de que la persona que gana la elección ejecutiva está autorizada a gobernar como crea conveniente, sólo restringida por las relaciones de poder existentes, y por la limitación constitucional del término de su mandato. A pesar de esto, vemos experiencias significativas, como la del

Municipio de Rosario, comprometidas en crear espacios reales para la participación, entendidos como instancias en las cuales podamos pensar y resolver sobre nuestros problemas, lo cual implica hacernos cargo, en cierta forma, de la gestión. Sin embargo, esto queda impedido toda vez que una dirigencia (política, empresarial, sindical, académica, religiosa) se constituye en poder “sabiéndolo todo” y se cierra a toda crítica o idea. En relación a la participación, aquella denominada “política” discurre, en principio, en el ámbito estatal, de acuerdo a las formas reguladas por la ley; la participación espontánea u organizada discurre en el ámbito de la sociedad civil de forma medianamente autónoma con respecto al Estado.

La participación ciudadana puede decirse que está en el medio de ambos polos: está en conexión con el Estado, y hasta puede ser promovida por éste, pero no implica mediación partidaria ni elección de representantes. Su promoción institucionalizada por parte del Estado favorece y condiciona al mismo tiempo su desarrollo; la participación ciudadana inserta en una estrategia de democratización aparece así como un tema relevante, conectado con el establecimiento de instancias de mediación deliberativas.

En este sentido, en nuestra charla con Noemí Chiarotti, de INDESO, ésta señalaba que “las cosas han cambiado, el hecho de que exista en Rosario refugios para mujeres en situación de violencia..., que en la provincia tengamos también esta posibilidad del Consejo donde hay una participación..., todo eso te muestra que ha habido un cambio... Lo que pasa es que son tantas las cosas que no se termina nunca”. La referente de INDESO, nos contaba que, en relación al financiamiento, el gobierno, en todas sus instancias, está ausente; después del 2006 se lograron pases de transporte y el pago a una de las profesionales, una psicóloga, sin embargo, esta ayuda no prosperó. La gran problemática que esta organización está tratando de visibilizar actualmente más es la trata de personas; en este sentido, se estaba trabajando con Marian Alonso (concejala oficialista) “porque es un problema enorme para esta ciudad; en realidad comenzamos a trabajar este tema hace unos años cuando denunciemos El Palacio Berlusconi, donde se manifestaba públicamente, mediante avisos, la existencia de mujeres trabajando. Así acompañamos la denuncia de las diputadas Mónica Peralta, Alicia Gutiérrez y Lucrecia Aranda. Bueno, se siguió y se hizo después un allanamiento; a partir de esto, nos fuimos metiendo más en el tema...”, señaló Chiarotti.

La naturaleza participativa y el grado de las transformaciones que se puedan obtener serán dependientes, fundamentalmente, de la matriz sociopolítica dominante y, en particular, del papel que cumplan los distintos actores en esa matriz de intermediación, tanto como de la fortaleza y capacidad de movilización de la organización social.

Se suele afirmar que, en el caso de Rosario, el 2001 fue una suerte de bisagra con respecto a las formas de participación generadas desde lo público estatal, pero también que produjo un quiebre en las formas de participación ciudadana. Aunque ya existían gestos y decisiones respecto a la necesaria relación que deben sostener los gobiernos locales con las OS; ejemplo de esto es el Centro de salud Juana Azurduy, que se creó en el barrio Empalme Graneros por iniciativa de INDESO y con la colaboración del Municipio y la provincia. Nació a mediados de los ochenta, y se construyó mediante un convenio con estas dos instancias. Hoy existe un nuevo Centro de Salud, construido por la provincia y el municipio, que está situado sobre Av. Génova y posee ese mismo nombre, pero ahora es un efector público estatal.

Desde INSGENAR, si bien la entrevistada trabaja en la organización desde el 2002, reconoce que hay momentos en los que se puede trabajar mejor y otros en los que no. Esto tiene que ver con las gestiones, pero las organizaciones alimentan la posibilidad de que se den los cambios, porque muchas veces la administración pública tiene otros tiempos, los de la burocracia y hay también obstáculos ideológicos.

Con respecto a las acciones colectivas denominadas “espontáneas”, sea cual fuera su metodología —piquete o cacerolas—, sus protagonistas entendieron los costos de aquellas, pero también comprendieron que eran parte de los beneficios que ellos podían obtener. Estas expresiones surgieron a fines de los ochenta en el Municipio de Rosario, pero proliferaron en los noventa, desarrollando todo su potencial en los episodios del 2001. Muchas iniciativas de protestas y otras de participación espontánea comprendieron que existen posibilidades de cambio si actúan de forma colectiva y coordinada; lamentablemente, muchos no entienden éste tipo de participación como política, restringiendo sus prácticas reivindicativas muy frecuentemente a lo coyuntural y sectorial.

En paralelo, en el Municipio de Rosario, se intenta, desde un gobierno local, volver a articular la relación representante-representado mediante la generación de políticas públicas. De esta manera, la descentralización se percibió como “la integración de cada uno

de los sectores de la ciudad (distritos) en un todo (la ciudad), mediante la corrección de los grandes desequilibrios imperantes entre los mismos, para impulsar el desarrollo en su conjunto” (Ghirardi, 2000).

La nueva etapa que se inaugura entrados los noventa diseña nuevas relaciones territoriales y diferentes maneras de relacionarse entre las distintas instancias gubernamentales. Una resultante de ello es la postura de Carbajales y Gasol, quienes explican que: “se ha sostenido de manera más radical que la frecuente renuencia o condicionamiento del Estado Central a transferir fondos, que en rigor de verdad son propios de las Provincias, ha llevado a decir a algunos autores que después de la etapa de ‘federalismo de confrontación’ (haciendo alusión a la relación conflictiva entre el gobierno central y las Provincias por el reparto de los fondos fiscales) y del ‘federalismo de cooperación’ (en donde priman las relaciones de cooperación en torno a esta cuestión) ha sobrevivido un ‘federalismo de extorsión’ (es decir, uno en donde el vínculo con el gobierno central se tracciona como consecuencia de su renuencia a ceder los respectivos fondos sin obtener contraprestaciones a cambio) (Carbajales y Gasol, 2008).

Hoy, estamos en condiciones de afirmar que las viejas dicotomías se vuelven obsoletas ante un mundo donde lo social y lo político fueron más allá del Estado-Nación. Las nuevas formas de acción colectiva, los problemas identitarios, el individualismo, la violencia recurrente, la creciente despolitización, son parte de las tensiones permanentes de la sociedad. En Rosario, la primera ciudad argentina en la que se implementó el Presupuesto Participativo a partir de 2002, se puede establecer una vinculación sustancial entre ese dispositivo estatal y el fenómeno de las asambleas barriales autoconvocadas surgidas al calor de la crisis orgánica argentina de 2001; aunque hay significativas diferencias entre ambos espacios. La principal, sin dudas, es que el Presupuesto es convocado y gestionado por el Estado municipal, mientras que las asambleas eran autogestionadas por individuos y organizaciones sociales. Pero ambos comparten el ser formas de experimentalismo democrático, lo que implica perder el miedo, darles lugar a las ganas de juntarse con otros, conversar libremente sobre inquietudes compartidas, buscar respuestas conjuntas e intentar ponerlas en práctica. Esto sugiere experimento y experiencia al mismo tiempo, una intervención voluntaria sobre el entorno de la vida pública que produce efectos significativos sobre la vida personal (Ford, 2007).

Como decíamos, las asambleas fueron autoconvocadas y autogestionadas por individuos y organizaciones sociales, con un fuerte discurso en contra de los representantes políticos simbolizado en la expresión “que se vayan todos”, y con intereses dispersos. Al cabo de un año, bajó drásticamente la cantidad de asambleas y la gente que participaba en ellas.

El Presupuesto es convocado y gestionado por el Estado municipal en la ciudad de Rosario, no se presenta como arena de discursos en contra de la representación y persigue intereses materiales vinculados con la asignación de recursos financieros municipales; aun con caídas en la participación y críticas diversas, se ha sostenido y se sostiene como política del Municipio. Creemos necesario aclarar aquí que, evidentemente, hubo cierta apropiación del gobierno local; como en otros casos en el resto del país, el gobierno local supo apropiarse de ámbitos que fueron gestados y desarrollados a partir de ciertos particularismos, posibilitando el involucramiento de muchos, transformándolos en ámbitos de intereses comunes, lo cual supone una apropiación y conversión de intereses civiles. Así, los gobiernos poseen, como facultad indelegable, su capacidad de hacer la ley, a través de la cual transforman una cuestión privada en cuestión pública, pretendiendo regular y ordenar dichas esferas de acción.

El municipio de Rosario es uno de los que se destaca a nivel nacional por haber desarrollado lineamientos de innovación administrativa vinculados a una nueva forma de concebir la participación activa de la ciudadanía en la toma de decisiones a nivel local. La descentralización, las experiencias de presupuesto participativo, el Concejo en los barrios y otras más recientes, como las Audiencias Públicas, muestran al gobierno local como un gran promotor de la vinculación directa con el ciudadano y del desarrollo de distintos mecanismos de *accountability*. Sin embargo, es largo el camino por recorrer, particularmente en lo que respecta a la apropiación de la sociedad civil de esas experiencias y, por otro lado, existe un gran trabajo por realizar en lo que respecta a la multiplicación de mecanismos de *accountability* horizontal. El ejercicio de la *accountability* social en América Latina se apoya en tres tipos de estrategias: la jurídica, la movilización y la mediática. La primera presupone la iniciación de reclamos o peticiones legales por parte de los ciudadanos. La movilización social es la segunda estrategia empleada en el ejercicio de la *accountability* social; en este caso, el control se alcanza cuando actores sociales

organizados logran centrar la atención pública en un problema o reclamo particular derivado del accionar indebido de agencias u oficiales públicos. La tercera es la estrategia mediática, este tipo de *accountability* requiere visibilidad, y los medios son el instrumento más importante para alcanzar esa meta. Esta estrategia funciona porque la visibilidad impone costos de reputación a los agentes públicos que tienen que proteger su imagen moral y profesional para mantenerse en el cargo.

Los problemas en torno a ciertos mecanismos de participación ciudadana que se han generado a partir de la decisión política se deben a que algunos nacieron de la mano de una concepción liberal. El liberalismo ha contribuido a la formulación de la ciudadanía universal, con base en la afirmación de que todos los individuos nacen libres e iguales; pero también ha reducido la ciudadanía a un estatus meramente legal, indicando que los derechos que los individuos sostienen y la manera en que esos derechos sean ejercidos es irrelevante mientras quienes los ejercen no quebranten la ley ni interfieran con los derechos de los demás. Así, la protección jurídica de la libertad de pensamiento y de conciencia, la competencia mercantil, la propiedad privada de los medios de producción y la familia monógama son ejemplos de las grandes instituciones sociales.

Por ejemplo, desde la teoría política, Rawls —considerado un liberal heterodoxo— sostiene que el liberalismo es la única doctrina razonable que puede brindar a la sociedad tanto los valores políticos como los procedimientos necesarios para establecer las bases para los principios públicos de justicia. El ciudadano será aquel que tenga garantizadas las libertades básicas, que se refieren aquí a la libertad política, la libertad de reunión y expresión; la libertad de conciencia y de pensamiento; la libertad de la persona y el derecho a la propiedad personal, y la libertad respecto al arresto y detención arbitrarios. Por supuesto, dentro de este esquema debe resguardarse el ingreso de manera de no ser demasiado desigualitario, tratando de que no sea excesivamente amplia la brecha entre los que menos tienen y los que más tienen.

Desde la sociología, la conceptualización de Marshall (1950) también se inscribe dentro de las versiones liberales de ciudadanía; en su obra, pretende poner en discusión cómo se da la combinación en un solo sistema de los principios de la justicia social y el precio del mercado. Según este autor, esto significa que las desigualdades resultan tolerables en el seno de una sociedad fundamentalmente igualitaria, siempre que no sean

dinámicas. Claro que existen límites inherentes al movimiento igualitario que operan a través de la ciudadanía y del sistema económico; en ambos casos, se trata de eliminar las desigualdades que una sociedad no puede considerar legítimas. De esta manera, hablará de una conquista cronológica de los derechos: primero, en el siglo XVIII, se logran los derechos civiles (libertad de la persona, libertad de expresión, derechos a la propiedad), y a posteriori, en el siglo XIX, surgen los derechos políticos; por último, en el siglo XX, nacen los denominados “derechos sociales”. Gracias a estos postulados, Marshall ha ganado no pocas críticas (Nun en Quiroga y Iazzetta 1997; Andrenacci, 2003; Pateman, 1988; Mouffe, 2001). Tal como señala Chantall Mouffe, nociones como las de “responsabilidad pública”, “actividad cívica” y “participación política” en una comunidad de iguales son extrañas para la mayoría de los pensadores liberales; además, el ámbito público de la ciudadanía moderna fue construido de una manera universal y racionalista que impidió el reconocimiento de la división y el antagonismo, y que relegó a lo privado toda particularidad y diferencia. La distinción público/privado, central como lo ha sido para la afirmación de la libertad individual, actuó, por consiguiente, como un poderoso principio de exclusión; mediante la identificación entre lo privado y lo doméstico, desempeñó, por cierto, un importante papel en la subordinación de las mujeres. Recientemente, muchas feministas y otros críticos del liberalismo han estado buscando en la tradición cívica republicana una concepción de ciudadanía diferente, más activa, que haga hincapié en el valor de la participación política y en la noción del bien común, antes e independientemente de los deseos e intereses individuales (Mouffe, 2001).

Carole Pateman, por su parte, aporta una crítica feminista diferente a la ciudadanía liberal; es más refinada y portadora de las huellas del feminismo radical. En su definición el acento está puesto en el antagonismo varón/mujer. La ciudadanía es, según esta autora, una categoría patriarcal: quién es “ciudadano”, qué es lo que hace un ciudadano y cuál es el terreno dentro del cual actúa son hechos construidos a partir de la imagen del varón. A pesar de que las mujeres ya somos ciudadanas en las democracias liberales, la ciudadanía formal ha sido ganada dentro de una estructura de poder patriarcal donde las tareas y las cualidades de las mujeres todavía están devaluadas. Exigir igualdad es aceptar la concepción patriarcal de ciudadanía, la cual implica que las mujeres deben parecerse a los hombres, mientras que insistir en que a los atributos, las capacidades y actividades

distintivos de las mujeres se les dé expresión y sean valorados como forjadores de la ciudadanía es pedir lo imposible, puesto que tal diferencia es precisamente lo que la ciudadanía patriarcal excluye. Pateman cree que la solución de este dilema es la elaboración de una concepción “sexualmente diferenciada” de la ciudadanía, que reconocería a las mujeres como mujeres, con sus cuerpos y todo lo que ellos simbolizan. Para Pateman, esto implica dar significación política a la capacidad de la que carecen los hombres: la de crear vida, es decir, a la maternidad. Declara que esta debería ser usada para definir la ciudadanía con la misma relevancia política que normalmente se le reconoce a la que es tenida como la última prueba de la ciudadanía: la voluntad de un varón de pelear y morir por su patria. Considera que el modo patriarcal tradicional de plantear una alternativa, donde son valorizadas tanto la separación como la igualdad de los sexos, tiene que ser superado por un nuevo modo de plantear el problema de las mujeres. Esto puede hacerse mediante una concepción de la ciudadanía que reconozca tanto la especificidad de la condición femenina como la humanidad común de varones y mujeres. A lo que se debe aspirar es a la elaboración de una concepción sexualmente diferenciada de la individualidad y de la ciudadanía que incluya “a las mujeres como mujeres en un contexto de igualdad civil y ciudadanía activa”. Pateman aporta muchas ideas interesantes acerca del sesgo patriarcal de los teóricos del contrato social, y de la forma en que el individuo liberal ha sido construido según la imagen masculina (Pateman, 1988). Aunque esta visión también carga con algunas críticas, entre las que se destacan la de Mouffe, quien encuentra que se trata de una solución insatisfactoria, ya que postula alguna clase de esencia que corresponde a las mujeres como mujeres, en la medida en que su propuesta viene a dar reconocimiento de la condición femenina identificando a las mujeres como mujeres con la maternidad.

No obstante, Mouffe adherirá a los críticos de la categoría moderna de individuo, ya que considera que ha sido construida de tal manera que postula un “público” universalista, homogéneo, y que relega toda particularidad y diferencia a lo “privado”; y también reconoce que esto trae consecuencias muy negativas para las mujeres. Aunque no cree que el camino sea reemplazar tal categoría por una concepción sexualmente diferenciada, “bi-genérica”, del individuo, ni agregar las tareas consideradas específicamente femeninas a la mera definición de la ciudadanía. La óptica de esta autora es distinta; argumenta que las limitaciones de la concepción moderna de ciudadanía no van a superarse si en su definición

se vuelve políticamente relevante la diferencia sexual, sino que, por el contrario, habrá más probabilidades de superarlas al construir una nueva concepción de ciudadanía en la que la diferencia sexual se convierta en algo efectivamente no pertinente. Esto, por supuesto, requiere de una concepción del agente social semejante a la que he defendido más arriba: como la articulación de un conjunto de posiciones de sujeto, correspondientes a la multiplicidad de las relaciones sociales en que se inscribe. Esta multiplicidad se construye dentro de discursos específicos que no están relacionados necesariamente, sino que tienen formas de articulación contingentes y precarias.

Mouffe no está a favor de la total desaparición de la diferencia sexual como distinción pertinente; no estoy diciendo tampoco que la igualdad entre hombres y mujeres requiera relaciones sociales neutrales desde el punto de vista genérico; y es claro que, en muchos casos, tratar a los varones y a las mujeres igualitariamente implica tratarlos diferencialmente. Su tesis es que, en el dominio de lo político, y por lo que toca a la ciudadanía, la diferencia sexual no debe ser una distinción pertinente. Estoy de acuerdo con Pateman en su crítica de la concepción liberal, masculina, de la ciudadanía moderna, pero creo que un proyecto de democracia radical y plural no necesita un modelo de ciudadanía sexualmente diferenciado

Los problemas con la concepción liberal de la ciudadanía no son sólo los que tienen que ver con las mujeres, y las feministas comprometidas con un proyecto de democracia radical y plural deberían lidiar con todos ellos. Como ya se ha dicho, el liberalismo ha contribuido a la formulación de la ciudadanía universal, con base en la afirmación de que todos los individuos nacen libres e iguales; pero también ha reducido la ciudadanía a un estatus meramente legal, indicando los derechos que los individuos sostienen en contra del Estado.

La visión de una democracia radical y plural entiende la ciudadanía como una forma de identidad política que consiste en la identificación con los principios políticos de la democracia moderna pluralista, es decir, en la afirmación de la libertad y la igualdad para todos. Tendría que ser posible una identidad política común entre personas comprometidas en muy diversas empresas y con diferentes concepciones del bien, pero vinculadas las unas a las otras por su común identificación con una interpretación dada de un conjunto de valores ético-políticos.

Evidenciada la discusión, acordaremos con Luciano Andrenacci en que la ciudadanía es un haz de derechos en el cual resalta su aspecto universal e igualitario; y en este marco, la situación de desigualdad, los procesos discriminatorios y excluyentes de los sistemas sociales reales aparecen como fallas, rémoras o perversiones que obstaculizan el pleno desarrollo de un igualitarismo y un universalismo que serían inherentes a la ciudadanía.

Así, desde una supuesta universalidad, los gobiernos van distribuyendo sus recursos a actores de la sociedad civil, avanzando desde el asistencialismo clásico a otras formas de clientelismo. Por su parte, las OS que orientan su acción a los sectores más vulnerables disminuyeron sus demandas ante la reducción de las políticas asistenciales, o las reacomodaron a la oferta. De esta forma se fueron diseñando, entre las organizaciones y los gobiernos subnacionales particularmente, pero también exclusivamente, “nuevas” formas de interacción; “[...] ésta tiene como particularidad la presencia de una combinación peculiar de asimetría de poder con una aparente solidaridad mutua en términos de identidad personal y sentimientos, se diferencia del asistencialismo, porque implica la presencia de una norma de reciprocidad” (Cardelli y Rosenfeld 1998); que aun así no se aleja de las tradicionales y bien conocidas relaciones clientelares.

También los gobiernos fueron poniendo énfasis en las OS, otorgándole recursos a aquellas a cambio de hacerse cargo de las problemáticas sociales desbordantes. Como consecuencia de esta situación viene a resultar que las OS mejor favorecidas son las que tienen mayores capacidades de generar alianzas con el sistema económico, o bien de coaccionarlo, o aquellas que cuentan con una amplia base legitimatoria, sea por sus valores y objetivos, por su trayectoria o por los logros producto de su accionar —cualidad mejor conocida como “capacidad de influenciar al sistema político” (Cohen y Arato, 2000)— y/o experiencia en gestionar la necesaria ayuda financiera.

El modelo de gestión que se inaugura a mediados de los años noventa no sólo incorpora a los tres niveles gubernamentales, sino que estos mismos se asocian con la sociedad civil como actores intervinientes en la política. La reformulación de las políticas públicas puesta en marcha en la década del noventa, al establecer los principios de la descentralización, la diversificación de la oferta de programas, y la expansión de estrategias multiactorales de gestión de las políticas (Cabrero, 2004), permitió ver el tipo de

instrumentos de política que eran viables para la promoción del desarrollo endógeno; así, la implementación de los programas sociales, bajo estos formatos, podría convertirse en instrumento de fortalecimiento de la institucionalidad local.

Los tres cambios que se visualizaron en el Municipio de Rosario entre mediados de los noventa y el 2002 podemos resumirlos en los siguientes: la reforma del Estado, la diversificación de ofertas de programas y la expansión de estrategias multiactorales de gestión, que son mediadoras, facilitadoras de información, e implican la mirada del Estado en el territorio.

Al respecto, Mabel nos comentó: “Hace veinte años [en referencia al centro de salud] no existía, era un dispensario, y hace..., en realidad hace unos cuantos años, se crea la dirección de atención primaria y ahí, justamente, lo que se hace es intentar centrar las acciones en los centros de salud... Es menos periférico porque en realidad está donde está la gente [...]. [Supone] una ampliación del concepto de salud y de la misma práctica [...], trabajamos una clínica ampliada..., una clínica del sujeto que no sólo medía lo biológico sino... la parte de salud mental de ese sujeto. Pero también poder tener en cuenta la cultura cuando uno está con ese paciente, ¿no?... Yo no estoy muy de acuerdo con las políticas focalizadas...”.

En relación con la multiplicación de actores, Lucia (enfermera y una de las coordinadoras del Centro de Salud del CMDO) nos comentaba: “Los chicos van más a las organizaciones que a los centros de salud, hay organizaciones que vienen a buscar, por ejemplo, preservativos... Se acercan más a las organizaciones, es como que tienen más confianza, ¿no?... [...], porque no sólo se colabora con el enfermo, tienen que haber otras cosas, y cuando uno tiene ese vínculo, va a servir... Claro, nosotros trabajamos con su referente, por ejemplo, te digo, hoy estamos discutiendo en una reunión, una chica adolescente que la bebe está en la sala de neonatología, entonces no solamente la herida, que la vamos a curar, de cesárea, es cómo está yendo allá, cómo lo va a transportar, cómo va a ser cuando vuelva. Es una chica adolescente y tienen los abuelos, por ejemplo, entonces hay que ver otras cosas, estar con ella, estar con la psicóloga”.

En el mismo sentido, entre fines de los noventa y principios del dos mil, comienzan a generarse espacios de consultoría en salud sexual en los Centros de salud. Un ejemplo es el emblemático “20 de junio”, así la coordinadora nos contaba: “[...] éramos pocas

personas..., el adolescente tiene una tolerancia de espera muy corta, y a mí se me ocurrió de generar un espacio de atención un día en la semana, los miércoles, y promocionarlo... Hay varios puntos ahí, uno era poder captar a las adolescentes...Otra cosa que se hizo extensiva a las escuelas”.

Así fue que, a partir de la reforma del Estado nacional verificada en la década del noventa, los niveles subnacionales de gobierno, provincias y municipios, se encontraron, crecientemente, desarrollando políticas públicas, y se vieron en la necesidad de asumir desafíos en gestión que hasta ese entonces eran solucionados por el gobierno nacional. Tanto la ampliación y diversificación de la agenda de cuestiones como el desarrollo de configuraciones sociales asociadas con nuevas problemáticas tendieron a poner en cuestión las formas tradicionales de intervención desde el sector público, reclamando innovaciones en las modalidades de desarrollo de las políticas públicas; particularmente, en lo referido a mecanismos de interacción política y de gestión que los Estados subnacionales no siempre estuvieron en condiciones de instrumentar.

En este sentido, la coordinación del centro de salud ubicado en el CMDN nos señalaba: “Cuando hacemos reuniones con los vecinos, tratamos de hacerlas con organizaciones sociales, más que nada para que ellos también garanticen una mayor convocatoria, porque por ahí tienen una presencia que favorece a poder sentarse a trabajar, a veces con las organizaciones solas y a veces con los vecinos. Sí vamos, en momentos; lo que pasa que también eso depende del momento que estamos viviendo en el centro de salud, porque hay veces que la demanda está muy fuerte y no podemos llegar al barrio todas las semanas a trabajar ciertas temáticas...Sí hemos trabajado con barrios de pie, hemos hecho jornadas de discusión y talleres y hemos hecho jornadas de VIH y... fueron organizadas por la gestión, y a partir de eso, los hemos sumado a trabajar sobre esta temática. Pero nosotros siempre estamos abiertos a sentarnos a trabajar cuando ellos demandan: ‘bueno, me parece que podemos trabajar tal cosa’, ‘bueno, dale’. Lo vemos, si es viable, si no es viable, si lo podemos trabajar con los vecinos, si es el momento de trabajar con los vecinos. Y nosotros vamos, no tenemos ningún inconveniente, nosotros...”.

Lamentablemente, las organizaciones que luchaban por la seguridad, por los derechos de propiedad (en Argentina, las marchas contra el “corralito”), se posicionaron en la vereda opuesta a las organizaciones que pujaban por la satisfacción de las necesidades

vitales, vivienda, comida, trabajo. El 2001 produjo desintegración entre los sectores postergados, profundizándose la inequidad imperante. Según Petras, la mayoría de las OS no cumplieron el rol de formadoras de la ciudadanía acerca del imperialismo, de la lucha de clases; no logran ir más allá de las superficialidades, “del grito de los excluidos, de los sin poder”. Esta situación, señala dicho autor, desde sus distintos análisis, vacía el accionar político o social de estos actores, como —afirma— prefieren las fuerzas pujantes del neoliberalismo, limitando las acciones a lo mediato, coyuntural, y en definitiva, agotándolas con reivindicaciones sin contenido. Sin embargo, deberíamos preguntarnos si es que las OS se encuentran en condiciones de generar los cambios necesarios.

Intentando cerrar, al menos en lo que respecta a este punto, podemos decir que no es casual que las OS se hayan multiplicado y vuelto relevantes en regiones donde el predominio de la política ha declinado y en las que el neoliberalismo sigue sin ser impugnado; todo esto coincide con la profundización de la pobreza y, por supuesto, se produce sin discusiones amplias y estructurales. Afirmamos que las OS, a partir del 2001, modificaron su comportamiento; ante la implementación de nuevas políticas sociales, éstas se convirtieron en un medio para satisfacer las necesidades básicas para un importante sector. Sin embargo, inevitablemente, se hicieron funcionales al sistema que les dio vida, ya que el modo de sustento de las mismas son los estamentos del gobierno, la iglesia y los organismos de financiamiento nacional e internacional.

Las organizaciones, al menos en lo que respecta a nuestro objeto de análisis, en el Municipio de Rosario, se dividen, en principio, en dos grupos: las surgidas coyunturalmente a la luz de la necesidad de actores sociales intervinientes y colaboradores en políticas públicas, y otras, las más antiguas, que modificaron su accionar para el mismo fin, o bien a partir de la visibilización de ciertas problemáticas, como es el caso de INSGENAR e INDESO.

Así, al calor de los conflictos del 19 y el 20 de diciembre, se fueron desarrollando nuevas organizaciones y reformulando las existentes al formato y exigencias de los organismos crediticios internacionales. En este contexto, y en años previos al 2001, en el Municipio de Rosario se estaba llevando a cabo un proceso de profundas transformaciones e innovaciones de las prácticas administrativas y en la concepción misma de la gestión municipal. Éste fue iniciado por la administración socialista en enero de 1996, con el

proceso de descentralización. Para llevar el mismo adelante, fue necesario crear la Secretaría General de la Intendencia, organismo del cual se hizo depender el Programa de Descentralización y Modernización. La puesta en práctica de este programa abarcó los siguientes aspectos: la reorganización administrativa, la redefinición de las políticas públicas, la definición de un nuevo modelo de gestión —éste incluye la participación ciudadana con la incorporación de la población en los distintos procesos de la gestión, por decisión de los gobiernos y por iniciativa de las OS—.

En este sentido, la coordinación del CMDN nos contaba: “Que hayan venido por organizaciones sociales, fueron, sí, dos jornadas de vacunación del barrio Fanta y otra del Tupac Amaru, que salieron de una organización y nos vinieron a pedir de organizar una jornada de vacunación, porque ellos estaban queriendo conocer algunos vecinos que no conocían, y yo estaba llegando a este centro de salud. Hace un año que estoy... Que si bien fue una demanda de ellas, a nosotros también nos parecía muy útil para... Pero la demanda en sí había salido de Barrios de Pie en ese momento, después... las organizaciones tal vez invitan. Para nosotros son muy importantes para invitar [...]. [La] institución el centro de salud trabaja mucho con el barrio y trabaja mucho con la gente, y no está yendo al barrio todo el tiempo, y por ahí sí, ahí aparece una contradicción cuando uno escucha tal situación y, bueno, la asesora, y bueno, hay que pasar a la etapa de la denuncia. Y ahí, algunos trabajadores, bueno, sí les cuesta mucho pasar esa etapa, más que nada por temor a las situaciones que uno trabaja, de que al barrio, si hay alguna urgencia...”.

En este marco de nueva generación de políticas públicas, los cambios en las mujeres son percibidos de diferentes modos según quién mira; es decir, no son valorados del mismo modo por los funcionarios que por la ciudadanía. Pero observamos que, si bien hay registros diferenciales en lo relativo a los cambios, de parte de los planificadores, indicaron que hubo transformaciones.

Como es bien sabido, cualquier proceso de reformas de instituciones sociales, y con mayor razón si se trata de la redefinición del aparato estatal, debe hacerse en el marco de un debate público y participativo de todos los ciudadanos para que puedan expresar sus demandas en torno a las políticas e instituciones reformadas. En este sentido, las demandas y necesidades diferenciales de las mujeres deben ser consideradas en todo su alcance, ya que no sólo importa la calidad de miembro de la sociedad, sino cómo se disfruta de tal

derecho. Por ello, la participación social es una forma indispensable de ejercer la ciudadanía, conformando un bien en sí mismo, sin depender de que se la ejerza o no. Se trata de lograr medidas y acciones de gobierno que promuevan efectivamente la autonomía y las capacidades personales como así también permitan fortalecer el ejercicio de las libertades personales y democráticas (Pautassi, 1999).

Sin embargo, la participación y el derecho a decidir fueron ámbitos complejos para las mujeres; y en Rosario, si bien ha avanzado mucho respecto a otros municipios, esto implicó una ardua tarea. De esta forma lo expresaba la coordinadora del Centro de Salud La Florida: “Creo que la mujer..., que desde que comenzó, en la década del cincuenta, que comenzó desde el sufragio, desde que adquirió el derecho al voto, no dejó de avanzar ‘remando en el dulce de leche’, siempre, porque luchando contra todo, contra lo patriarcado, contra el machismo, contra todo eso, ha logrado posicionarse socialmente, a pesar de que todavía hay algunos casos, que todavía hay lugares donde no llega la información. Hay muchos lugares y muchos rincones que aún la mujer esta siendo sometida con el tema de la violencia, con las restricciones, con el de no pensar, con el de no poder decidir, no poder opinar... Las chicas están empezando a darse el lugar socialmente hablando, no sólo sexualmente hablando, a entender cuáles son sus derechos... Que tienen derecho a como madres, como mujeres, como todo, y esto tiene que ver con un trabajo arduo que ha hecho la parte del Estado, ¿no? Y ya te digo, desde la década del cincuenta, cuando empezaron a tirar el voto, de ahí en adelante...”.

INSGENAR, por su parte, señalaba: “[...] hay un quiebre, hay un poder articular... Después, que se puedan producir cambios... Pero, bueno, se llega a cosas...”.

Los roles e identidades de género afectan la adquisición del capital humano, las oportunidades y las decisiones de participar y progresar en la fuerza de trabajo, la negociación del poder y la división del trabajo doméstico, la adquisición y el control de los bienes y la seguridad económica en la vejez. La socialización tiene lugar en cada uno de los distintos roles de varones y mujeres, y se ve influenciada por, entre otros factores, el sistema educativo, los medios de comunicación, la familia y los grupos de pares. Las intervenciones a través de políticas y programas, por consiguiente, deberían centrarse en estos cuatro campos. Las intervenciones no deberían limitarse a las mujeres; la redefinición de los roles, las imágenes, las expectativas de los varones son necesarias para sostener el

cambio a largo plazo en términos de igualdad de géneros.

En este sentido, INDESO e INSGENAR trabajan en función de la promoción de los derechos, Amichiardi (INSGENAR) nos contaba “[...] o sea, porque una democracia sin conocimiento y la aprobación de los derechos ¿cómo la ejerce? [...] no hay una sola cosa, es como una, en eso tiene que ir construyendo, pero se puede...”.

Asimismo, el gran desafío que le cabe a los gobiernos, particularmente a los subnacionales, es, precisamente, articular políticas de igualdad activas, centradas en las personas como sujetos de derechos. Es decir, no sólo políticas antidiscriminatorias, sino políticas dirigidas a disminuir los riesgos y las inseguridades del contexto económico y político; se trata de marcos que promuevan la igualdad y la equidad, y no de políticas dirigidas a paliar situaciones de vulnerabilidad —y esto en forma mancomunada con la sociedad civil como red de este proyecto—.

Debe quedar en claro que la aplicación de políticas transversales desde el enfoque de género constituye una herramienta técnico-analítica que busca implementar la equidad de género. Esto significa que no se trabaja únicamente sobre las necesidades subjetivas de las mujeres, desde la perspectiva de la biografía personal y colectiva, sino también sobre los requisitos de estabilidad de los sistemas e instituciones de la economía. Es decir, sobre la lógica económica misma, a partir del análisis del impacto diferencial de género de las políticas, así como de los sesgos existentes en su propia formulación. Por lo mismo, la idea de transversalidad implica que no se diseñan políticas en el margen o “para mujeres”, sino que deben atravesar toda la esfera de decisión estatal.

Ana Esther Koldorf, coordinadora municipal del PIO, nos contaba: “La idea del PIO es que se cumplan todas las políticas públicas, que muchas ya están establecidas... Tratar de que no se haga lo políticamente correcto...”.

La mayoría de las organizaciones que proliferan en los años noventa son lideradas, al menos en lo formal, por mujeres. Los idearios del Movimiento Feminista se radicalizan a fines del siglo XX, y muchos se materializan y consolidan durante la primera década del siglo XXI en Argentina; basta sólo enumerar la ley que da vida a nuestra unidad de análisis, el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, la ley de lucha contra la Violencia de Género, la ley de anti-concepción quirúrgica, la ley de matrimonio igualitario, para nombrar logros que se cuentan entre los más importantes. Así, las políticas participativas

generadas por el Municipio de Rosario están orientadas a dar respuesta a problemas relacionados con el bienestar general de la comunidad en un lugar geográfico determinado. Uno de sus objetivos está centrado en fortalecer a los sectores más postergados y a reducir la brecha de desigualdad existente entre sus integrantes, pero uno de los mayores logros de esta política ha sido restablecer las interacciones sociales y reconstruir el sentido de pertenencia hacia lo local de un número importante de la ciudadanía. En este sentido, para la mitad de la biblioteca marcan, entre otras condiciones, establecer un nuevo pacto, un lugar de intersección entre la sociedad política y la sociedad civil, entre los gobiernos y las OS, aunque haya intereses diferentes, asegurando la posibilidad de que tengan algo en común. En este sentido, Ford, siguiendo a Baiocchi, señala que las instituciones participativas deben incluir mecanismos para abordar desigualdades específicas a sus ajustes, y que debemos ver ‘el problema de la desigualdad’ como un problema de contextos antes que como un problema de personas (Ford, 2007). La potencia de esta idea radica en que el corrimiento teórico que hace del foco de las desigualdades, desde las personas hacia los contextos, hace menos “imposible” el problema y más factible de ser solucionado; es algo producido social y políticamente; de tal modo, las políticas participativas buscan la redistribución material a través de la deliberación democrática. Sin embargo, existen divergencias ante aquellos seguidores de la participación y su consecuente deliberación; tal es el caso de Mouffe. En ese sentido, la autora sostiene que la perspectiva deliberativa deja de lado un elemento central: el papel crucial que desempeñan las pasiones y los afectos en la consecución de la lealtad a los valores democráticos. Esto implica abordar de manera distinta la cuestión de la ciudadanía; desde estos enfoques, para ella considerados racionalistas, se excluye la propia indagación sobre las condiciones de existencia del sujeto democrático. Y, agregará, sólo es posible construir individuos democráticos si multiplicamos los discursos, las instituciones, las formas de vida.

Los gobiernos locales tienen la particularidad de desenvolverse en un espacio reducido, lo que hace que haya una estrecha y cercana relación entre representantes y representados, y resulta una situación ideal para poner en práctica la participación ciudadana. Además, en términos de proyectos y objetivos, su concreción suele verse facilitada en ámbitos de menores dimensiones, propiciando una relación asociativa con las OS locales. Las interacciones entre los gobiernos locales y las OS muchas veces están

emparentadas con el sostenimiento financiero de las segundas; en Argentina, las OS se sustentaron con la colaboración de los miembros, las ayudas gubernamentales, sea por exención impositiva o por alguna ayuda financiera y, en menor medida, por recursos provenientes del sistema económico y de OS u organismos multilaterales internacionales. El cambio se produce en la etapa neoliberal; al modificarse el rol de la sociedad civil en relación a las políticas públicas, se produce un auge de este sector. Las políticas denominadas “focalizadas” permitieron que las organizaciones ejecutaran planes y proyectos, y además proliferaron los subsidios provenientes de los organismos multilaterales de crédito. Para algunas, las OS denominadas “de base territorial”, el principal financiador sigue siendo el Estado (municipal, provincial y nacional); esta situación produce cierta dependencia de los actores sociales, que quedan “entrampados” por la lógica patrón-cliente, o bien, supeditados a cumplir un rol “colaboracionista”. Aquellas organizaciones dedicadas a la promoción de derechos y/ o al control continuaron siendo financiadas por OS internacionales, aunque también reciben “colaboraciones” por parte de los gobiernos provincial y municipal.

Así, desde INDESO nos comentaban: “[...] no, nosotros lo único que tenemos local acá es un subsidio del área, con lo cual pagamos teléfono, luz, viste, todo ese tipo de cosas como para sostener la casa... En general, el dinero es de afuera...”.

Apenas creado el PSSyPR se crea, casi en paralelo, el Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. El mismo tiene como misión conformar un espacio de diálogo y cooperación entre el Programa Nacional y las asociaciones científicas y profesionales, representantes de agencias de Naciones Unidas, el sector educativo y las OS especializadas en la temática, para el análisis y debate de los principales temas que competen al área, así como también para la elaboración de líneas de acción posibles.

De la misma manera, se genera el espacio de Monitoreo Social, con importantes avances en torno a la construcción de un espacio institucional y sistemático tendiente a analizar los resultados de los monitoreos llevados a cabo por el propio Programa y por el Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos (CoNDeRS).

El CoNDeRS es un consorcio que tiene como objetivo monitorear las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva en la Argentina. Este espacio nuclea a más de

trescientas organizaciones de mujeres, jóvenes, asociaciones vecinales, grupos académicos, comunicadores sociales y otros, y tiene un comité coordinador conformado por el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) Argentina, la Fundación para el Estudio de la Mujer (FEIM), el Foro por los Derechos Reproductivos (ForoDDRR) y la Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva (REDNAC). Sus principales objetivos son: realizar y promover actividades de control ciudadano sobre las políticas públicas en salud sexual y reproductiva a nivel nacional, provincial y local; impulsar una cultura de monitoreo social sistemático sobre el Estado, como parte de los derechos y deberes de la ciudadanía; promover una participación cada vez más amplia y activa entre diversas organizaciones y personas de la sociedad civil sin distinciones, que compartan estos objetivos y marcos de referencia.

Se autodefine como una organización colectiva para monitorear las políticas públicas en salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos, con perspectiva de género. Asimismo, entiende el monitoreo social como una actividad ciudadana destinada a vigilar al Estado en sus distintos niveles: nacional, provincial y local. También las políticas públicas en general, las leyes, programas, servicios, presupuestos, y las prácticas deben ser objeto de una vigilancia política que detecte en qué medida son adecuadas para satisfacer las necesidades de la población. Para ello se requiere acceso transparente a la información, diagnósticos, capacidad de incidencia y planes de trabajo.

Para el CoNDeRS, el monitoreo social implica la construcción y aplicación colectiva de herramientas y mecanismos para vigilar la atención de la salud sexual y reproductiva con un enfoque integral y preventivo a través de la sociedad civil; debe ser ejercido por toda la sociedad civil en todo momento, y especialmente, por los usuarios y usuarias de los servicios. Se promueve su realización a través de la articulación de organizaciones no gubernamentales o grupos de mujeres, derechos humanos, jóvenes y otros que se vinculan con organismos gubernamentales responsables de la atención de la salud sexual y reproductiva. El objetivo general de este espacio es generar un vínculo de trabajo periódico con el CoNDeRS, compuesto por todas aquellas organizaciones y personas que desean monitorear las acciones que prevé la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionada en octubre de 2002, defendiendo la garantía de los derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género. Es posible ser miembro

titular o pleno y estar en contacto permanente, responder encuestas periódicas, enviar información, realizar acciones de monitoreo y participar de los seminarios y/o jornadas que organiza el Consejo; o ser adherente, éste sólo recibe el boletín electrónico.

Noemí Chiarotti nos comentaba sobre este espacio: “[...] en realidad tiene que ver con cuestiones de salud... Las reuniones son mensuales, se convocan desde el mismo Ministerio de Salud... Generalmente, ya quedamos de antes cuándo va a ser..., y se manda la síntesis... de la reunión anterior y... son muy abiertos para lo que se trata en las reuniones. Nosotros vamos con propuestas, por ahí hay propuestas que son desde el mismo Estado...”.

Amichiardi, por su parte, señalaba: “[...] hay un abanico de posibilidades..., por ejemplo, las Safinas ahora se sumó... Y bueno, trabajamos en aportar miradas... a cambios curriculares, a trabajos de investigación... Ahora tuvimos períodos que pudimos trabajar muchísimo, y lo que sí, este último tiempo, se dio que pudimos trabajar con una continuidad, o sea, nos encontramos una vez al mes...”.

Hoy son quinientos cuarenta y nueve integrantes titulares que componen el Consejo y realizan acciones de monitoreo; también existen grupos articulados que desarrollan planes de trabajo sistemáticos —a veces con ciertas dificultades— en varias provincias, entre ellas, Córdoba, Entre Ríos, Formosa, Mendoza, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero.

En INSGENAR, con respecto al territorio nacional, se nos comentaba: “[...] hay cuestiones que no se pueden sostener porque hay agentes políticos que no los sostienen... [...] si vos trabajás sólo atención, no va... Hay que retroalimentar..., investigación y atención...”.

Además, se propone brindar información y recursos para monitorear los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) de Argentina y para que se respeten los derechos sexuales y reproductivos (DSR) a organizaciones y ciudadanos interesados por la temática. A través de su servicio on-line, el CoNDeRS recibe sus dudas, información y denuncias, proponiéndose incidir en los gobiernos provinciales y locales para exigir el cumplimiento de los Derechos sexuales y reproductivos (DDSSyRR).

Las reuniones del Consejo Asesor del CoNDeRS se realizan anualmente, y constituye un espacio de reflexión sobre las actividades realizadas y los puntos pendientes en todo el país. En el mismo sentido, organiza talleres de capacitación en todo el territorio

nacional; estos son pensados en conjunto con los actores de la sociedad civil. El objetivo de los talleres es considerar un modelo de monitoreo social aplicable a nivel local y provincial, capacitando en la aplicación de herramientas y metodologías comunes. Previamente, cada grupo realiza un breve diagnóstico de la atención de la salud en su localidad en base a una guía remitida por el Consorcio, así se analizan los avances y obstáculos presentes.

La provincia de Santa Fe, con sus representantes de la sociedad civil, participó en el año 2005 junto a organizaciones de las provincias de Córdoba, Entre Ríos, Formosa, Mendoza, Santa Cruz, Santiago del Estero y el Norte de Buenos Aires en un taller realizado en la ciudad de Buenos Aires en el mes de mayo. El objetivo del encuentro fue generar un modelo de monitoreo social, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, aplicable a nivel local y provincial, con herramientas y metodologías comunes que permitan el seguimiento y evaluación de la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en las provincias y localidades del país que participaron del taller. Fueron dos días de intenso trabajo en conjunto; cada grupo realizó un breve diagnóstico de la situación de la atención de la salud sexual y reproductiva en su provincia, se analizaron los avances y obstáculos en la interacción con responsables gubernamentales provinciales o municipales y los prestadores de servicios y se establecieron los acuerdos generales del concepto de monitoreo social y su implementación. El CoNDeRS tiene como actividad principal el monitoreo social y este implica construcción y aplicación colectiva de herramientas y mecanismos para vigilar la atención en salud sexual y reproductiva con un enfoque integral y preventivo a través de la sociedad civil. En este sentido, desde el año 2003 a la fecha, monitorea el cumplimiento de la normativa vigente en la temática que le compete en distintos puntos del país con la colaboración de las OS miembros del consorcio, tal es el caso de INSGENAR e INDESO en el Municipio de Rosario. En esta misma línea, las OS reciben del CoNDeRS las pautas para el monitoreo periódico. El consorcio elaboró una cartilla de “diez pasos” donde, mediante un breve folleto, explica cómo organizarse y diseñar un plan de trabajo para realizar un monitoreo social, hasta la evaluación final, pasando por acciones de incidencia y difusión. Asimismo, la cartilla incluye temas como: derecho a la salud y género, el marco legal nacional e institucional, el sistema de salud, el programa nacional de salud sexual y procreación responsable, el monitoreo social de las funciones del Estado y sus políticas

públicas, las estrategias y herramientas de monitoreo, con anexos donde figuran el texto de la legislación nacional, encuestas, listas de chequeo y otras herramientas para ejercer el monitoreo social.

El CoNDeRS, además, posee una biblioteca virtual en la que brinda información sobre las legislaciones nacionales y provinciales en relación a la salud sexual y la procreación responsable, y guías y protocolos para los profesionales de la salud del área; asimismo, se ofrecen documentos realizados por la institución en relación a la temática.

A la luz de la clasificación realizada por el Instituto Gino Germani para el CENOC, podemos establecer que los actores que conforman el consorcio, como ya mencionamos, pueden ser clasificados como organizaciones de promoción de derechos, teniendo por finalidad primordial la defensa y extensión de derechos y valores universales o de categorías sociales particulares.

La tipología realizada por el Instituto Gino Germani intenta responder a las demandas institucionales específicas del CENOC; fue formulada para ser aplicada al universo inscripto en dicha institución pública, por lo que se vincula especialmente a las condiciones particulares de inscripción de las organizaciones sociales registradas, con incorporación voluntaria y un cuestionario auto-suministrado; y a las características del relevamiento de datos requeridos para tal caso. Los criterios para la construcción de esta tipología de organizaciones fueron considerados según cuatro dimensiones: la información sobre organizaciones con las que cuenta actualmente el registro del CENOC; el estado cambiante del campo teórico en ciencias sociales, en especial de la sociología, las ciencias políticas, la economía; el análisis crítico de las conceptualizaciones existentes (en el sentido de vincularlas con los objetivos propuestos para su formulación); la evolución histórica de las organizaciones sociales y de las tendencias de las políticas públicas (éstas últimas enmarcan la labor del CENOC como organismo oficial). En especial el último punto adquiere particular relevancia, permite relevar las tendencias de base en la construcción de organizaciones en el presente y su proyección hacia el futuro próximo, pues esto permitirá orientar la labor del CENOC. Como señalamos en páginas anteriores, los objetivos principales a los cuales pretende responder la tipología son: contribuir a la autoimagen de las organizaciones, facilitar la relación entre las organizaciones y la construcción de redes, favorecer una mayor visibilidad del conjunto de estas organizaciones, que se constituyan en

un recurso para la aplicación de los distintos programas sociales públicos y aquellos instrumentados por OS.

Dadas las dificultades de sintetizar en una sola clasificación estas demandas diferentes, se procedió a elaborar tres clasificaciones, que recogen puntualmente cada una de estas. La primera de ellas es una clasificación teórico-empírica (Primera Articulación), la segunda está destinada a servir de puente entre el CENOC y las OS (Segunda Articulación), y con la última, se busca reafirmar la identidad social de las organizaciones (Tercera Articulación”).

Las acciones desarrolladas por los actores que conforman el consorcio se inscriben en las denominadas de *accountability* horizontal, el concepto de *accountability* se refiere a la capacidad para asegurar que los funcionarios públicos rindan por sus conductas, es decir, que estén obligados a justificar y a informar sobre sus decisiones y, eventualmente, puedan ser castigados por ellas; los actos ilegales. Consideramos pertinente recordar una vez más los conceptos de *accountability* horizontal y vertical desarrollados por Guillermo O’Donnell. En lo que respecta a la *accountability* horizontal, esta tiene que ver con el control intraestatal, es decir, se relaciona con la existencia de agencias estatales que tienen autoridad legal y están fácticamente dispuestas y capacitadas para emprender acciones, que van desde el control rutinario hasta sanciones legales o incluso impeachment, en relación con actos u omisiones de otros agentes o agencias del Estado que pueden, en principio o presuntamente, ser calificadas como ilícitos (O’Donnell, 2001). Este autor establece que se trata de la división de poderes: Legislativo, Ejecutivo y Judicial, con sus chequeos y balances, pero también incluye los mecanismos con que cuentan las democracias contemporáneas, por ejemplo, las agencias de supervisión, como es el caso de las auditorías, defensorías, contralorías, fiscalías y órganos afines. Debemos aclarar y diferenciar las instituciones de *accountability* horizontal de las de balance y asignadas, entendiendo que el CoNDeRS pertenece a las del segundo tipo. Las instituciones de balance son el poder ejecutivo, el legislativo y el judicial, y actúan de manera reactiva; ellas suelen crear conflictos entre las supremas instituciones estatales que acaban siendo altamente visibles y costosos; son un instrumento de control demasiado tosco para la creciente complejidad de las agencias estatales y sus políticas. En cambio, las asignadas son las encargadas de supervisar, prevenir, disuadir, promover la sanción y/o sancionar acciones u

omisiones presuntamente ilegales de otras instituciones estatales, nacionales o subnacionales. Estas agencias no fueron creadas intentando, como las anteriores, producir balances generales de poder, sino que fueron pensadas para confrontar riesgos más específicos de trasgresión y/o de corrupción. En principio, las agencias asignadas tienen varias ventajas respecto de las de balance, una es que pueden ser proactivas y continuas en su actividad, y así pueden ser más eficaces en prevenir o disuadir acciones ilegales de las instituciones estatales que supervisan. Otra ventaja es que para sus acciones las agencias asignadas pueden invocar criterios profesionales antes que partidarios o políticos. Así, en el caso de la institución aquí tratada, el consejo funciona como asignada, tiene una actividad proactiva, en el sentido de generar temas y debates en el marco de las reuniones que se realizan. En cuanto a la continuidad, ésta no siempre tiene que ver con sus propias decisiones, sino que muchas veces son convocadas por los agentes gubernamentales que supervisan la información que generan.

En lo relativo a la *accountability* vertical, entiende por ésta al ejercicio de las acciones electorales es decir, el hecho de que periódicamente los gobernantes deben rendir cuentas ante las urnas. La representación implica *accountability*, es decir que el representante es responsable de sus acciones ante quienes lo autorizaron a hablar en su nombre, ésta es vertical y horizontal en las democracias representativas, mientras que en las delegativas se limita sólo a la primera o la horizontal se da en una forma muy esporádica. Cabe realizar un último señalamiento, cuando nos referimos a *accountability* vertical, generalmente, hacemos mención a las elecciones; y en este sentido, la *accountability* social es una variante de la vertical, ya que es un mecanismo que descansa en las acciones de un múltiple conjunto de asociaciones de ciudadanos que tienen como objetivo exponer los errores gubernamentales o activar el funcionamiento de agencias horizontales, empleando agencias institucionales o no institucionales.

En el marco del PSSyPR, INSGENAR e INDESO realizan el control desde la sociedad civil. Al describir la dinámica participativa, Noemí, de INDESO, nos contaba: “[...] las reuniones son mensuales, se convocan desde el mismo Ministerio de salud, viste, de la secretaría, digamos, nos mandan la invitación por mail. En general, la respuesta es por teléfono, a veces, pero, generalmente ya quedamos de antes cuándo va a ser. Entonces, cercana a la fecha, se vuelve a mandar la síntesis, el acta de la reunión anterior, se manda

por mail a todos y bueno..., eh..., y para las semanas siguientes y después...”.

Así, la *accountability* social se piensa para englobar un conjunto diverso de iniciativas motorizadas por organizaciones sociales, movimientos sociales, o medios independientes orientados hacia una común preocupación por mejorar la transparencia y la *accountability* del accionar gubernamental. Dicho conjunto de actores e iniciativas incluyen distintas acciones orientadas a supervisar el comportamiento de funcionarios o agencias públicas, denunciar y exponer casos de violación de la ley o de corrupción por parte de las autoridades, y ejercer presión sobre las agencias de control correspondientes para que activen los mecanismos de investigación y sanción que correspondan. Este conjunto heterogéneo de actores sociales desarrolla nuevos recursos que se suman al repertorio clásico de instrumentos electorales y legales de control de las acciones de gobierno y sus prácticas.

1.3. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable: continuidades y rupturas en el Municipio de Rosario

Al formular la pregunta sobre si vale la pena discutir sobre derechos reproductivos se pone en duda la relevancia de tratar de discutir los asuntos de las mujeres y su ciudadanía. Ellas, las otras, las particulares, se dice, reclaman su derecho a tener derecho, pero tienen que legitimar una y otra vez, sobre la mesa de debate, que sus temas no son ni más ni menos particulares que otros y que merecen ser discutidos, negociados y decididos en el ágora pública política.

Las mujeres reclaman derechos (no) reproductivos y sexuales, los derechos sobre el propio cuerpo, sin duda los derechos nodales para una ciudadanía plena, siguiendo a Robert Dahl (1998). En este sentido, los ciudadanos y ciudadanas —más allá de poner en discusión esta conceptualización que clasifica al individuo en las democracias modernas—, en todo sistema democrático, tienen derechos fundamentales, y en consecuencia, las mujeres piden ser las protagonistas de las decisiones que tienen impacto sobre su existencia y la calidad de la misma. Pero, algunas veces, cuando lo hacen, ven evidenciada su ciudadanía de segunda, pues sus temas requieren de doble o triple legitimación en el espacio público, y lograr que se conviertan en temas de “agenda” requiere de un enorme trabajo previo de legitimación;

así, la inclusión como requisito mínimo de toda democracia, cuando se trata de ellas, algunas veces, se torna un privilegio.

La barrera es invisible, ocurre como en tiempos del establecimiento del contrato social (y del sexual previo), que la exclusión no fue explícita ni se produjo bajo coerción, sino que se presentó bajo la forma de libre aceptación. No era el patriarcado, que en la forma del pacto fraterno entre varones coaligados excluía a las mujeres de la ciudadanía plena y las tutelaba, controlando las decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad y su fecundidad, sino la naturaleza misma que había sellado para ellas un destino diferente. Sin embargo, de algún modo se vuelve a afirmar que esto no tiene que ver con la cultura patriarcal hegemónica para la cual las mujeres y sus derechos son secundarios sino del orden de prioridades que impone la realidad, por el cual ni los noventa ni el 2001 eran momentos para poner en discusión estas temáticas. La relación entre las políticas públicas y el sistema social es bidireccional, ya que podemos explicar el tipo de políticas a partir de la estructura social, pero pocas veces se realiza el procedimiento a la inversa, es decir, conceptualizar cómo las políticas contribuyen a modificar consolidar y cristalizar situaciones que hacen a lo social; es así hacia allí adonde nos dirigimos en relación al PSSyPR y la sociedad rosarina.

Antes de la creación del Programa de Procreación Responsable de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, preexistían algunas acciones dirigidas a la prevención de embarazos no deseados, que consistían en la distribución de métodos anticonceptivos ante demandas espontáneas, sin un seguimiento sistematizado de las usuarias y sin disponer de registros adecuados para evaluar los resultados.

A fines de 1997, fue reglamentada una Ordenanza Municipal que dio lugar a la creación del Programa de Procreación Responsable Municipal y, a partir de esa fecha, la salud sexual se encuentra empeñada en una propuesta programática integral y eficaz para la prevención de embarazos no deseados. Este Programa, pasó posteriormente a formar parte del Plan de Salud Integral de la Mujer, donde se abordan las diversas manifestaciones del proceso de salud-enfermedad particulares de este sector poblacional. Para alcanzar estos objetivos, el Programa prevé el entrenamiento y acción de agentes comunitarios, el fortalecimiento de los servicios de prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y la provisión en la red asistencial pública de métodos

modernos de anticoncepción. Todo esto a través de vínculos que se generan por un trabajo interdisciplinario e intersectorial de construcción de redes sociales para la búsqueda de soluciones, el mejoramiento de la situación de vida de las mujeres, el ejercicio del derecho a la existencia y al bienestar para la contribución a la construcción de ciudadanas libres y autónomas.

Aunque dentro de la bibliografía disponible sobre la problemática local tiende a prevalecer aquella que destaca su relevancia para hallar nuevas posibilidades y modelos de desarrollo, no son pocos los estudios que, desde una perspectiva política, comienzan a resaltar el renovado papel que adquieren las ciudades en la búsqueda de respuestas, desde la gestión local, a los problemas de nuestros sistemas democráticos. Tal como señalamos precedentemente, bajo la nueva era de los gobiernos democráticos de principios del siglo XXI, se produjo una creciente apertura de la escena pública, en la que se advierte un mayor protagonismo de la sociedad civil. Con la tendencia hacia una gestión por resultados, se ha hecho más visible para los ciudadanos la naturaleza de los bienes y servicios que pueden demandar al Estado y han aumentado los mecanismos e instancias de responsabilización de sus agentes.

Por lo tanto, las experiencias gestadas en Rosario proporcionan un campo de análisis propicio para indagar las potencialidades que ofrecen los municipios para promover democracias de proximidad. En este sentido, el PSSyPR nos pareció un recurso significativo para analizar los encuentros y desencuentros entre las OS y los gobiernos locales, ya que, si bien esta es una política pública diseñada por la Nación, su implementación toma la forma otorgada por los diferentes territorios provinciales y administraciones locales. Así, trabajamos para analizar la puesta en práctica del Programa Nacional de SSyPR instalado en la realidad del Municipio de Rosario. Nos dispusimos a trabajar con diez efectores de salud y con tres informantes del ejecutivo municipal; en el mismo sentido, ya habíamos entrevistado a representantes de las organizaciones INDESO e INSGENAR que conforman el CoNDeRS.

De esta manera, respecto a la implementación de la norma en el Municipio, la Dra. Elda Serrano (coordinadora del área de Salud Integral de la Mujer) nos decía: “El trabajo que realiza la oficina de Salud Integral de la Mujer tiene que ver casi exclusivamente con la prevención, podemos decir que, en lo que respecta a salud sexual, “Vos podés” es la

política pública que cumple en este municipio esas funciones... El trabajo del programa es mancomunado con el programa de educación para la salud, quienes trabajan en los centros de salud con agentes capacitados para las tareas territoriales. De todos modos, este programa diseña y dicta talleres de concientización en los centros de salud y en los CMD...”. Y agregaba: “[...] El problema de la población es la desinformación y la falta de educación, ¿cómo se informa a un analfabeto? La dificultad es enorme, pero se puede, cuando queremos hacerlo se puede, y tenemos la obligación nosotros, porque somos profesionales, porque pudimos formarnos, hay que devolver a la sociedad aquello que nos pagó con sus impuestos, una educación...”.

La expedición de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) crea, por primera vez en el país, un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; esta norma también obliga a garantizar el acceso a estos métodos a través del plan médico obligatorio (PMO) en la seguridad social. La implementación de esta ley fue fundamental para mejorar el estado de salud materno-infantil, en especial en los sectores de menores ingresos. A estos fines fue necesaria su reglamentación, definir la coordinación interministerial requerida —en particular con el sector educación—, aprobar y ejecutar, a nivel nacional, los recursos presupuestarios suficientes que sirvan como incentivo y complemento para los esfuerzos subnacionales y para que se realice un cuidadoso monitoreo y evaluación del programa, introduciendo oportunamente los ajustes del caso con el objeto de alcanzar los resultados esperados.

En términos de garantizar la anticoncepción a la población de menores recursos, el componente programático del PSSyPR establece ciertos criterios prioritarios de inclusión de las usuarias, para otorgar gratuitamente el método anticonceptivo adecuado y de común acuerdo con las mujeres asistidas. Ellos son: mujeres adolescentes (menores de 20 años); mujeres con 4 hijos o más; mujeres con HIV/SIDA; mujeres con antecedentes de enfermedades que compliquen el embarazo, parto o puerperio; mujeres con aborto reciente en el momento de la consulta.

La muerte de una mujer como consecuencia directa o indirecta del proceso de procreación es un hecho extremadamente penoso y la mayoría de las veces evitable, de esto resulta de suma necesidad el suministrar información sobre salud reproductiva a los grupos más vulnerables y eliminar los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden la

llegada de dicha información; todos los países deberían arbitrar los medios para disminuir la mortalidad materna hasta niveles en que no constituyan un problema de salud pública.

La IV Conferencia de la Mujer en Beijing, en 1995, produjo un documento donde se planteó una educación no discriminatoria de la mujer y, acorde con ello, la eliminación de todas las barreras que impidan la asistencia a la escuela de las adolescentes embarazadas y madres jóvenes. Distintos documentos de las Naciones Unidas tratan acerca de diferentes tópicos relacionados con la sexualidad, tales como: la enseñanza de educación sexual y de salud reproductiva en la educación formal; la decisión libre del número y espaciamiento de hijos en las parejas y la prevención de los abortos mediante programas de planificación familiar; el reconocimiento de las necesidades específicas de los adolescentes y jóvenes respecto a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), entre ellas, el VIH/SIDA, y la especial vulnerabilidad de las niñas a estas infecciones. La República Argentina avanzó significativamente en el proceso de cumplimiento de las recomendaciones realizadas por los Organismos Internacionales de Derechos Humanos en el sentido de ampliar formalmente el acceso igualitario a la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual y fortalecer los mecanismos de protección y defensa de los derechos humanos. En nuestro país, el Gobierno Nacional había dictado el Decreto N° 659 (28/02/77), por el cual prohibió toda acción directa o indirectamente relacionada con la planificación familiar, incluyendo la receta por triplicado en la comercialización y venta de productos medicinales anticonceptivos. De este modo, se formalizaba en ese momento una política implícita pronatalista que fue sostenida por años.

En materia de sexualidad y reproducción, las mujeres, en Argentina, tienen un promedio de 2,4 hijos/as a lo largo de su vida reproductiva, con importantes diferencias de acuerdo con el nivel socioeconómico y la jurisdicción. Las tasas más altas se observan entre las mujeres más pobres y en las regiones más postergadas del país. Así, el 39% de las mujeres de los hogares de los sectores medios y altos no tienen hijos o hijas, y entre las que los tienen, el 84% tiene entre uno y tres, y solo el 16% tiene cuatro y más. En contraste, el 29% de las mujeres de los sectores vulnerables económicamente no tienen hijos; entre las que sí los tienen, el 41% tiene cuatro o más. Por otra parte, respecto de las diferencias regionales, las mujeres de la ciudad de Buenos Aires tienen, en promedio, 1,37 hijos/as, cifra que asciende a 2,8 en la provincia de Formosa.

Los datos expuestos dan cuenta de las desigualdades que existen en el momento de ejercer los derechos sexuales y reproductivos a lo largo de todo el país. El proceso de sanción de normas en este campo no estuvo exento de problemas; la situación recién pudo salvarse en octubre de 2002, cuando el Congreso sancionó la Ley N° 25.673, que dio vida al mencionado programa, y vino a cubrir el vacío existente en cuanto a políticas públicas que garantizaran a los y las ciudadanas de todo el país información y cuidado en materia de salud sexual.

La realidad en el Municipio de Rosario refleja estas cifras; aunque no hay acuerdo sobre los motivos de la maternidad adolescente, sí es un hecho que, ante una mayor vulnerabilidad material, la decisión de ser madre se produce antes de los 21 años.

En este sentido, las coordinadoras de los centros de salud del CMDO y del CMDS nos relataban distintas situaciones. Cuenta la coordinadora del CMDO: “[...] a veces es complejo, dicen ‘si tienen pastillas, por qué no las toman’... Hace 12 años que estoy acá y no es así, porque son jóvenes, porque no tienen salida o porque el marido no quiere que se cuide. No, no, para mí es más complejo... Porque no entienden lo que se le dice o porque la única salida para tener recursos económicos, cada caso... Sí, mirá, nosotros partimos de que la mujer tienen el derecho a elegir, se puede cuidar, tenemos la obligación de brindarle toda la información posible y dejarle al alcance todo. Pero la mujer..., tienen derecho, porque, por ejemplo, una chica se droga, tiene VIH, esta buscando un embarazo, ¿qué hacen?, ella tiene derechos, los trabajamos..., no es que digamos, por suerte, ya después de muchos años, tenemos la posibilidad de trabajarlo, de que la mujer tiene derechos, es un sujeto de derechos, no es que va a venir un tipo y le va a decir lo que tiene que hacer. Entonces ahí uno dice, con un profesional salen muchísimas cosas que se pueden trabajar...”. Y agrega que muchas veces nos quejamos de la falta de compromiso de la pacientes pero “[...]que no vino al turno, ¿qué le importa el turno, cuando debe tener cien mil cosas más importantes en su vida, y en la precariedad en la que vive?...”.

Por su parte, la coordinadora del CMDS comenta: “[...] la población más joven, que es, por lo general, la que está más expuesta, digo, con menos de 25 años [...] [sin embargo, las responsabilidades aquí parecen recaer en el varón] No del marido, el marido no quiere que se cuide, quiere seguir teniendo hijos, el hombre no le permite colocar, o sea, colocarse un preservativo, él no se lo coloca, viene borracho y la viola, aunque sea su mujer, yo creo

que ahí esta la problemática...”. Pero aquí proponen como solución: “[...] sí, yo creo que tendría que haber un programa para jóvenes. Tienen que haber políticas, y dentro de ellas, las políticas que tienen que ver con salud sexual y reproductiva, pero yo creo que se debería enfocar en los jóvenes, poner plata ahí, para garantizar que vayan a la escuela, que tengan una formación, que tengan salida laboral, que tengan otros proyectos, y entre ellos, el de cuidarse y el de ser ciudadanos, este, de este país, con la plenitud de todos sus derechos. Hoy por hoy, no estamos logrando que los chicos aprendan a leer y escribir y no dejen la escuela, entonces ese chico no se va a cuidar, ese chico no va a tener un proyecto de vida, no va a laburar, no va a conseguir trabajo, no se va a poner un preservativo, porque está fuera de todo. O sea, tenemos que tener programas para los jóvenes que los incluyan, que sean integrales, donde la salud sexual y reproductiva sea parte de los cuidados, pero también que vayan a la escuela. Este, que tengan una salida laboral, que tengan un futuro, que estén fuera de la droga, tendría que haber planes, eh, para venir a trabajar...”.

Al momento de la sanción de la mencionada ley nacional, numerosas provincias ya habían aprobado alguna disposición sobre salud reproductiva, como es el caso de la provincia de Santa Fe, y aquellas que no contaban con ninguna o cuyas normas habían sido vetadas por el poder político, se adhirieron al programa nacional (Pautassi, 2009).

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, vigente desde el mes de mayo de 2003, se propone mejorar la satisfacción de la demanda y adopta un enfoque preventivo y de riesgo; instrumentando acciones tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial. Cabe destacar que considera a los niños y niñas beneficiarios directos de la atención de la salud del más alto nivel, sin excepción ni discriminación alguna. Asimismo, señala que, en las consultas de los adolescentes menores de 14 años, se procurará la asistencia de un adulto; las personas menores de edad tendrán “derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo con su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad” (ELA, 2005: 200, citado en Pautassi, 2009).

Asimismo, establece que, a pedido de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, se deberán prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa

información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados. Serán las personas beneficiarias, una vez que hayan sido suficientemente informadas sobre sus características, riesgos y eventuales consecuencias, quienes elegirán el método anticonceptivo. También se dispuso que los beneficiarios de obras sociales tengan derecho a la cobertura del 100% a cargo del agente del Seguro de Salud de un listado importante de anticonceptivos. Así, la Ley N° 25.673 tiene como premisa alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia. En este mismo sentido, se propone garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, como así también potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Bustelo (1998) destaca cómo toda política puede ser pensada como el conjunto de instrumentos para operacionalizar e implementar distintos modelos de ciudadanía; en el mismo sentido, la mencionada ley se basa en la autonomía de las personas para elegir individual y libremente de acuerdo a sus convicciones y a partir de información y asesoramiento un método anticonceptivo y decidir o no tener hijos. Para esto promueve la consejería en salud reproductiva y procreación responsable en los servicios de salud pública de todo el país, dirigida a varones y mujeres de todas las edades, respetando la perspectiva de género.

Asimismo, el PSSyPR prevé la distribución gratuita en los efectores de salud pública de todo el país de los siguientes insumos: anticonceptivos orales (ACO); anticonceptivos inyectables (ACI); dispositivos intrauterinos (DIU); condones; ACO para período de lactancia; cajas de instrumental para colocación del DIU; manuales y folletería para el equipo de salud.

En esta misma línea, se espera que los equipos de los efectores públicos eliminen todo tipo de barreras que impidan a las personas acceder a una consulta. Las jurisdicciones tienen obligación de mantener la provisión de insumos a todos los efectores, incluyendo la capacitación para colocación del DIU y metodología de abordaje para temas de género y consejería.

El Ministerio de Salud, en coordinación con los Ministerios de Educación y de

Desarrollo Social y Medio Ambiente, tendrá a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud; contribuir a la capacitación, el perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa; promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa; detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital y mamario.

Asimismo, se hace referencia a la educación sexual en las instituciones educativas públicas y de gestión privada (confesionales o no), estableciendo que las mismas darán cumplimiento a la norma en el marco de sus convicciones. En este punto, es necesario tener presentes las disposiciones de la Ley N° 26.150, sancionada el 4 de octubre del año 2006, que creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral con el objetivo de incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas. Ello pretende asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral; promover actitudes responsables ante la sexualidad; prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular; y procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres. El articulado de la ley también refiere al financiamiento del Programa y establece que el gasto que demande el cumplimiento del mismo para el sector público se imputará del Presupuesto General de la Administración Nacional, a la jurisdicción del Ministerio de Salud, al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En cuanto a las adhesiones a la ley, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fueron expresamente invitadas a adherir a las disposiciones de la misma. El 29 de agosto del año 2006, tuvo sanción la Ley nacional N° 26.130, que creó el Régimen para las Intervenciones de Contraconcepción Quirúrgica; esta ley reconoce el derecho de toda persona mayor de edad a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes” o

“vasectomía” en los servicios del sistema de salud. Se establecen como requisitos básicos para que una persona pueda solicitar la práctica de contracepción quirúrgica, la mayoría de edad, la capacidad legal y el consentimiento informado. Además, se aclara que no será necesario el consentimiento del cónyuge o conviviente, ni la solicitud de una autorización judicial; asimismo, la normativa trata la situación de las personas declaradas judicialmente incapaces, en cuyo caso torna en un requisito ineludible la autorización judicial solicitada por el representante legal de aquella. Con respecto a los recaudos del consentimiento informado, se determina que el profesional médico interviniente debe informar a la persona que solicite la ligadura tubaria o vasectomía sobre una serie de cuestiones atinentes a la intervención quirúrgica. Estas cuestiones versan sobre la naturaleza e implicancias de la práctica sobre la salud, las alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos autorizados, las características del procedimiento, las posibilidades de reversión, los riesgos y las consecuencias. Asimismo, estipula que deberá dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información, debidamente conformada por la persona concerniente. La norma reconoce el derecho de objeción de conciencia de los profesionales de la salud, y establece que queda a salvo la objeción que pueda tener el personal médico o auxiliar del sistema de salud, sin que ello pueda originar consecuencia laboral alguna. Sin embargo, se prevé que el ejercicio de este derecho no puede derivar en la privación de la práctica al peticionante, para lo cual las autoridades del establecimiento asistencial están obligadas a disponer los reemplazos necesarios inmediatamente.

En función de los valores que dan vida a la ley, puede inferirse que ésta parte de entender al ciudadano como individuo a la vez sujeto y objeto del derecho local, en tanto que la ciudadanía se presenta como un haz de derechos y deberes. El ciudadano es sujeto puesto que es miembro del cuerpo político del Estado, y en relación a ello, ciertos principios de representación regulan el derecho de los ciudadanos a participar directa o indirectamente. Los varones y las mujeres son ciudadanos objeto del derecho porque deben aceptar someterse al conjunto de reglas que establece el cuerpo de ciudadanos. El sistema de derechos y deberes tiene efectos materiales de variable intensidad que tienden a consolidar una posición del ciudadano en su formación social (Andrenacci, 2003).

Asimismo, la ley adecua a sus contenidos a los regímenes del ejercicio de la

Medicina, Ley N° 17.132, y del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley N° 25.673. De esta forma, se realiza una modificación del inciso 18 del artículo 20 de la Ley N° 17.132, que trata de las acciones que resultan prohibidas para los profesionales de la medicina, quedando de ahora en más prohibido a los médicos “practicar intervenciones que provoquen la imposibilidad de engendrar o concebir sin que medie el consentimiento informado del/la paciente capaz y mayor de edad o una autorización judicial cuando se tratase de personas declaradas judicialmente incapaces”. En otras palabras, está permitido practicar las mencionadas intervenciones si media el consentimiento informado del o de la paciente capaz y mayor de edad, o bien una autorización judicial en el supuesto de las personas declaradas judicialmente incapaces.

Siempre se ha hecho mención a que en Argentina las únicas mujeres que se podían esterilizar eran aquellas que se atendían en el sector privado de la salud, pagando por ello altas sumas de dinero. La cotidianidad en el área sanitaria mostraba que eso no era así, pues existían muchos casos en los cuales, al no contar con dichas sumas de dinero, optaban por un método de anticoncepción reversible. Frente a una variada gama de métodos anticonceptivos y a la oferta de servicios sanitarios de calidad, pueden aparecer obstáculos de tipo educativo y cultural que impidan a los pacientes hacer uso de ellos. La situación sanitaria hospitalaria revela que una gran cantidad de mujeres opta por la ligadura tubaria frente a otros anticonceptivos de carácter reversible pues la perciben como el método “más cómodo”, en tanto es altamente seguro en términos contraceptivos y no precisa de una acción diaria o mensual encaminada a su uso; como, en cambio, sí lo requieren las píldoras, las inyecciones, los espermicidas o el preservativo. La decisión de adoptar este tipo de método anticonceptivo de implementación única conlleva, además, un grado de despreocupación y un traspaso de la responsabilidad, una vez más, hacia los prestadores sanitarios.

Sin embargo, nuestro trabajo de campo en nueve efectores de salud de primera y de segunda complejidad muestra que pesan las limitaciones culturales a la hora de decidir sobre un método anticonceptivo y otro. En este sentido, uno de los licenciados en enfermería del Hospital Alberdi que está en el sector de día nos comentaba: “[...] no, si seguramente puede haber muchas objeciones, pero si es para evitar embarazos no deseados, hay una cuestión religiosa, una cuestión de tabúes...”.

En este mismo sentido, en el Hospital “V́ctor J. Vilela”, la Dra. Julia Weisbud nos comentaba: “[...] no hay educaci3n...El problema es educaci3n... Hay cuestiones tambi3n que est3n y no se implementan. La atenci3n a adolescentes y pre, el problema del programa es cultural, la gente. Se necesita concientizaci3n de que hay una ley y que es lo decidido [...]. Yo trabaj3 en la ley de ligadura y vasectomía, pero no se implementa; el problema es muchas veces ideol3gico.”

El principio de autonomía, que exige el respeto de las propias decisiones de la persona en el marco de su proyecto de vida, se institucionaliza en el reconocimiento del derecho de los hombres y mujeres a elegir, segun sus propias convicciones, el m3todo de anticoncepci3n que desean utilizar cuando han tomado la decisi3n de no experimentar físicamente la maternidad o la paternidad.

En este sentido, seala Elizabeth Jelin, s3lo hace muy pocos aros las mujeres comenzaron a reivindicar su poder y su derecho sobre su propio cuerpo. Por lo tanto, tenemos que pensar en los derechos reproductivos como los derechos de las mujeres a regular su propia sexualidad y capacidad reproductiva, as3 como a exigir que los hombres asuman responsabilidad por las consecuencias del ejercicio de su propia sexualidad.

Como relat3bamos algunas p3ginas antes, los intentos de reforma en salud en los noventa en Argentina cubrieron distintos campos, entre 3stos se destacan los esfuerzos por mejorar la eficiencia y gesti3n del hospital p3blico y por modernizar, reestructurar y fortalecer algunos programas nacionales prioritarios; por ejemplo, el programa de salud materno-infantil. Tambi3n se intent3 infructuosamente regular la actividad de los seguros de salud privados y promover la competencia entre 3stos y los aseguradores de la seguridad social nacional. M3s all3 de la solidez t3cnica en los diseos de estas reformas, los resultados obtenidos fueron parciales y, tambi3n agregaríamos, casi insuficientes para resolver los problemas estructurales en materia sanitaria. Los conceptos de mayor autonomía, rendici3n de cuentas, alineaci3n de incentivos y gesti3n por resultados en los hospitales p3blicos fueron algunos de los conceptos vertebradores de esta pol3tica y, parejamente, la descentralizaci3n del sector serviría de marco general para avanzar en esta transformaci3n.

El Ministerio de Salud de la Naci3n sum3 otros incentivos para que las provincias se plegaran a esta nueva pol3tica hospitalaria, entre estos se destac3 la utilizaci3n de

recursos con fuente de financiamiento externa para apoyar con inversión y asistencia técnica los esfuerzos provinciales en este campo. Este proyecto concentró sus esfuerzos en infraestructura, equipamiento y asistencia técnica en quince hospitales de tres provincias. A casi una década de las reformas, el impacto de estas políticas ha sido mínimo; en sus inicios, la política sólo logró movilizar a las provincias hacia una adhesión formal necesaria para poder usar el mecanismo de recobro; pero nunca logró que se impulsaran verdaderas transformaciones en la gestión de sus hospitales, frente a lo cual se anticipaba una fuerte resistencia laboral. A la fecha, el nivel de autonomía de los hospitales públicos en el país continúa siendo muy bajo, y continúan presentando serios problemas en su gobernabilidad, rendición de cuentas y desempeño. No obstante la importancia y complejidad de las relaciones Nación-provincias en salud, el sector no cuenta con instrumentos o espacios efectivos para su coordinación; y aun más dificultosa se hace la relación con las políticas de salud implementadas a nivel local (en municipios y comunas). La actual composición y funcionamiento de programas nacionales amerita una revisión a fondo que fortalezca su efectividad, eficiencia y sostenibilidad en los territorios subnacionales.

Sin embargo, y más allá de estos inconvenientes, es posible establecer que los efectores de salud pública del Municipio de Rosario han podido sortear algunas dificultades pensando en su principal objetivo: garantizar el acceso a la atención primaria de toda la población como piso para proponer un sistema de salud integral; y esto, bien se sabe, como señaló la Dra. Cerrano, es un “trabajo arduo y duro con pacientes, colegas y alumnos”.

En este sentido, la Dra. Pini también señalaba: “[...] la direccionalidad de las políticas públicas, obviamente que siempre se tienen presente con ese tipo de cuestiones, eh. En qué..., en qué medida nosotros atendemos a este programa, que es nacional, pero que la impronta desde la salud pública municipal..., siempre tiene la impronta de autonomía en relación a cómo nosotros interpretamos las políticas.”

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear, y la libertad para decidir o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia, así como métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables. Sin embargo, el ejercicio de este derecho colisiona muchas veces

con determinadas prácticas o ausencia de estas que dificultan la posibilidad de concretar el desarrollo de los derechos de muchos y muchas. Por ejemplo, en el Hospital “Víctor J. Vilela” nos comentaban: “[...] El problema con los colegas es que no quieren atender a los pacientes, por ejemplo, vienen con demandas de salud sexual. [...] Hace un tiempo, hasta tres o cuatro años atrás, existían dos espacios de consejería en todos los hospitales y funcionaban muy bien, teníamos un problema y lo derivaban, los espacios estaban conformados por becarios de medicina o psicología y estaban buenos, estos dejaron de existir porque la municipalidad ya no tiene ni pasantes ni becarios”.

En referencia también a algunas ausencias en el Centro de Salud La Florida nos comentaban: “Y esta es una cuestión de todos, incluso sumamos equipos que tienen que ver con adicciones, con violencia familiar, con los DD del niño, que para nosotros, en realidad, salud pública, eso está siendo un problema por falta de respuestas de parte de la Dirección de Niñez, desde la legislación, como que eso todavía no está empapado y nosotros necesitamos respuestas más emergentes y no las encontramos, pero no es un problema de nosotros, es de todos”. En este efector también señalan la necesidad de romper con ciertos tabúes: “[...] sí, sí, creo que sí han empezado a ser más los adultos los más vulnerables, vulnerables por esto de que los jóvenes tienen acceso a otra información, esto de Internet, esto de las escuelas de animarse a hablar y de entrar en un equipo de salud y que le digan ‘mirá, el preservativo se pone así, mirá...’”.

Respecto a la importancia de una implementación concreta del PSSyPR, durante la última década, cerca de la mitad de las provincias han concretado leyes de salud sexual que ordenan la prestación de estos servicios en la red asistencial pública. Sin embargo, como lo demuestra la existencia de estas leyes, no garantiza la disponibilidad de los insumos y servicios requeridos en la red asistencial pública y la concientización de hombres y mujeres; mucho menos aún el hacer desandar los conflictos que cada comunidad, al interior de las provincias, posee y sostiene. Así, nuevamente, creemos que la perspectiva de género se torna necesaria en materia de derechos reproductivos pues la mujer, como receptora de políticas de población según el objetivo político de los gobiernos, pasó de ser madre y reproductora de la clase obrera, a ser controlada por su alta natalidad, o bien luego a ser controlada por medios coercitivos para fomentar el crecimiento poblacional. Frente a ello, la concepción cultural sobre la reproducción todavía se inclina fuertemente hacia patrones

machistas y, tradicionalmente, las políticas públicas dirigidas a la mujer en la Argentina han respondido a criterios en los que la población femenina no era propiamente sujeto de derechos sino que las alcanzaba a través de la familia o la pareja; es el Estado, a través de sus políticas, el que afecta en forma directa o indirecta las relaciones de género.

En este sentido, el gran desafío que le cabe al Estado es precisamente articular políticas de igualdad activas, centradas en las personas como sujetos de derechos; es decir, no sólo políticas antidiscriminatorias, sino políticas dirigidas a disminuir los riesgos y las inseguridades del contexto económico y político. Se trata de marcos que promuevan la igualdad y la equidad y no políticas dirigidas a paliar situaciones de vulnerabilidad (Pautassi, 2007).

El esfuerzo mayor de las políticas públicas radica en crear las condiciones básicas para que el ejercicio de los derechos reproductivos de toda persona sea posible, pero lograr la mejoría en condiciones materiales (servicios de información adecuados, establecimientos de salud con personal capacitado, disponibilidad de métodos anticonceptivos en una amplia gama, entre otras) es también imprescindible. Es fácilmente comprobable que la conquista de los derechos de ciudadanía para las mujeres así como el efectivo alcance de los mismos no sólo no están asegurados, sino que presentan serias limitaciones.

En el Hospital “Víctor J. Vilela” nos contaban: “Las nenas vienen acompañadas, solas, sí se preocupan del cuidado (anticoncepción), y además te preguntan por la alimentación, se preocupan incluso la de sectores populares —señala Silvana—.El gran problema es la decisión política...”.

En la misma sintonía, una de las coordinadoras del Centro de Salud del CMDO nos decía: “[...] el Distrito oeste somos los que lideramos las consultas de embarazadas adolescentes, nosotros lo hemos trabajado en el equipo, porque no es sólo la responsabilidad de la ginecóloga o generalista en el control ginecológico, la idea es que podamos estar aprovechando estas instancias porque es este tema y otro, el del VIH, otros temas, drogadicción, poder estar aprovechando algún contacto para trabajar...”.

Hay evidentemente intención, capacitación y compromiso desde los profesionales de salud que se desempeñan en los distintos efectores, sin embargo, hay también un gran ausente generador de decisiones que modifican una situación de riesgo que pone en jaque a varias generaciones.

En cuanto a la formación y la capacitación de educadores, trabajadores sociales y operadores comunitarios, la ley requiere formar agentes aptos para mejorar la satisfacción de la demanda por parte de efectores y agentes de salud; contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de los conocimientos básicos vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa; promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados al programa; detectar adecuadamente las conductas de riesgo; y brindar contención a los grupos de riesgo de acuerdo con la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

Al respecto, Alejandra Miño, integrante del Programa de Educación para la Salud, nos comentó: “El programa trabaja en forma conjunta con el resto de las subáreas de la Secretaría de Salud del Municipio. Se trabaja a partir de una agenda fija anual con temas fijos, emergentes, a demanda. Las actividades están centradas en la prevención y en la promoción de la salud. Además de armar actividades, se acompañan la de otras áreas, por ejemplo, promoción social y otras. Se trabaja con los CMD; generalmente, un jefe de programa o coordinador tiene un CMD o dos donde coordina actividades.”

El Decreto reglamentario reza que, en todos los casos, el método y/o elemento anticonceptivo prescripto, una vez que la persona ha sido suficientemente informada sobre sus características, riesgos y eventuales consecuencias, será el elegido con el consentimiento del interesado, en un todo de acuerdo con sus convicciones y creencias y en ejercicio de su derecho personalísimo vinculado a la disposición del propio cuerpo en las relaciones clínicas; este derecho se caracteriza como innato, vitalicio, privado e intransferible, sin perjuicio de lo establecido sobre las personas menores de edad. Asimismo, se aclara que deberán entenderse por “métodos naturales” los vinculados a la abstinencia periódica, los cuales deberán ser especialmente informados.

Lo confirmaba una de las coordinadoras: “[...] vos fijate que ahí, en el mostrador, hay preservativos, que cualquiera puede retirarlos, que puede ser en farmacia, en enfermería, en todos los consultorios está para que se los lleven a la casa”.

En cuanto a la cobertura de las prestaciones objeto de la ley, se establece que éstas serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prestaciones y en el nomenclador farmacológico; y que los servicios de salud del sistema

público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones. La norma también atiende a la publicidad del programa y determina que el mismo deberá ser difundido periódicamente; agrega el Decreto reglamentario que los Ministerios de Salud, de Educación, Ciencia y Tecnología y de Desarrollo Social deberán realizar campañas de comunicación masivas, al menos una vez al año, para la difusión periódica del Programa.

Asimismo, se hace referencia a la educación sexual en las instituciones educativas públicas y de gestión privada, confesionales o no, estableciendo que las mismas darán cumplimiento a la norma en el marco de sus convicciones. En este punto, como ya indicamos, es necesario tener presentes las disposiciones de la Ley N° 26.150, sancionada el 4 de octubre del año 2006, que creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral con el objetivo de incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas. Ello pretende asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral; promover actitudes responsables ante la sexualidad; prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular; y procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

En torno a la objeción de conciencia, tema sobre el que hemos reflexionado en apartados anteriores, se establece que las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud podrán, con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6° de la ley en lo referente a la prescripción y suministro de métodos y elementos anticonceptivos. El Decreto reglamentario agrega que se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el Programa previa fundamentación, y que ello se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción. Aclara, asimismo, que los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada.

Con respecto al ámbito público en Rosario, la directora del CEMAR indicó: “[...] ahora, si yo tengo un ginecólogo que en el Centro de Salud no lo está ofreciendo, tengo que trabajarlo con el ginecólogo, diciendo: ‘bueno, vos no querés, pero si alguien te lo pide, vos tenés que mandarlo a que otro esté trabajando este tema con la mujer’, porque si no es

inequitativo, por eso a mí me parece que, eh....”.

De la misma forma, se piensa, en los efectores de salud pública de Rosario, en la cuestión de la atención primaria, por ejemplo, en el CMDO: “[...] sí, mirá, nosotros partimos de que la mujer tienen el derecho a elegir, se puede cuidar, tenemos la obligación de brindarle toda la información posible y dejarle al alcance todo, pero la mujer tiene derecho...”.

En el CMDN se piensa en términos de generar mejores oportunidades a los menos favorecidos o igualdad de oportunidades: “[...] nosotros trabajamos con el principio que son rectores, la accesibilidad, la clínica ampliada y la equidad, en sentido muy amplio, pensándola más que nada en igualdad de los iguales en diferentes circunstancias. Vos imagínate que nosotros estamos viendo pacientes de diferentes estratos sociales, y poder garantizar aquel que tenga mayor vulnerabilidad garantizarle mayor accesibilidad que a otros, o aquel que no puede acceder a un servicio de salud ver de qué manera, con estas jornadas o con otras, ver que esas personas lleguen al Centro de Salud, hasta en algunos casos, hasta el ir a buscarla, o sea, hay ciertas situaciones, muchas veces los vamos a buscar...”. Pero además agregan: “[...] sí, me parece que a raíz de varias situaciones que han sucedido en ese sentido, me parece que el equipo, dentro de todo, tiene una conducta bastante homogénea en trabajar las situaciones de género transversalmente, pensando en que uno está en una condición, otro está en otra. Sí, vas viendo alguna situación, poniendo al lado de otra, viendo cuál es más compleja y cuál es la que vamos a estar teniendo que ponernos ya, y cuál es a la que vamos a tener que darle tiempo, para que tal vez la mujer pueda hacer ese duelo en sí misma, para después llegar a la denuncia, llegar a otro lugar. Pero en este sentido el equipo, la única la única contradicción que aparece claramente es la dificultad que se da...”.

Asimismo, la política sanitaria municipal ha traído luz sobre algunos interrogantes que históricamente nos hemos formulado con respecto a los derechos sexuales y que hoy tienen respuesta. Los derechos reproductivos no son privativos de las mujeres, sino que se encuentran enraizados en las relaciones de género, son derechos de la pareja; y las mujeres son sujetos antes que madres, que pueden decidir cuándo, cómo y de quién tener hijos.

Esta capacidad de decisión que viene a dar, en parte, el programa está sujeta a dos obstáculos: en primer término, la socialización de género y la identidad de las mujeres

sigue fuertemente asociada con la maternidad y con el control de nuestra sexualidad; en segundo lugar, hay un trabajo material, la autonomía de cada mujer sólo es posible si le son otorgadas las condiciones materiales adecuadas para que esto se concrete. Podemos observar varias tensiones subyacentes en el diseño del programa: una, entre los derechos individuales y los colectivos; una segunda, entre el principio de igualdad y el derecho a la diferencia; una tercera tensión, entre una perspectiva anclada en derechos universales y una perspectiva que parta de los sistemas de relaciones sociales; y una última, entre las responsabilidades públicas y el respeto a la privacidad —éstas merecen un análisis particularizado—. No hay, dice Jelin, una única vía para convertirse en ciudadano; adquirir una conciencia de ciudadanía se relaciona directamente con la politización del individuo. El propio proceso que implica salir a la esfera pública, sentirse con derecho a estar en la esfera pública, forma parte del proceso de construcción de una dimensión de la ciudadanía (Jelin, 1997).

En el mismo sentido, el Programa realiza un importante avance en términos preventivos respecto al VIH/SIDA, ya que en la última década aparecen las mujeres de los sectores populares entre las más vulnerables, a partir de la caída de la homosexualidad como el grupo más vulnerable a contraer el virus. Ellas se vuelven el sostén más visible de intervención médica, transformándose en el eje de intervención y control en la prevención de la pandemia. En los primeros momentos, se consideraba una relación de cuatro hombres por cada mujer, hoy se propala como una tendencia irreversible el proceso de feminización del SIDA a lo largo, fundamentalmente, de la última década. Mientras tanto, en un sistema paralelo, se desarrolla la atención para los grupos poblacionales acomodados, de los cuales se conoce bastante poco, por razones obvias, lo cual distancia aún más las posibilidades de construcción del objeto de estudio: la pandemia. Este fenómeno de la feminización es explicado como consecuencia de la combinación de una serie de factores biológicos y, sobre todo, sociales, en los que interactúan viejos temas conocidos para la mujer, como su vulnerabilidad biológica y su subordinación social; según los informes científicos, las mujeres de todas las edades tienen mayor probabilidad de infectarse por el VIH que los hombres.

En los efectores de salud de primera complejidad, se trabaja en este sentido acompañando desde la consejería a cargo de los equipos ginecológicos, clínicos y, en

algunos casos, psicológicos. Por otra parte, también se trabaja en la prevención de la transmisión vertical y en el suministro de la medicación necesaria; el Hospital Alberdi y el Carrasco son los efectores de segunda complejidad que se ocupan de los tratamientos.

En el hospital Alberdi, uno de los enfermeros nos comentó: “Yo soy enfermero del hospital de día. Acá hay gente que..., funciona una consejería, hay psicólogos, especialistas en HIV, infectólogos y personas que están capacitadas como para hablar de este tema de HIV, digamos [...]. Y vienen pacientes de otros barrios y vienen pacientes y vienen pacientes, bueno, Raúl Bertolozzi es un referente de HIV en Rosario, y hay pacientes que tiene de hace treinta años tal vez, hay pacientes de casi treinta años que se atienden desde el año ochenta y pico, que se atienden con él...”.

Esa vulnerabilidad biológica a la que se ven sometidas las mujeres es agravada por la dependencia social, cultural y económica de las mujeres en la sociedad. Pero raramente se aclaran los términos que definen la dependencia social, económica y cultural, y los fenómenos que subyacen y hacen posible esa dependencia, como la violencia de género, que se expresa en la violencia sexual. En cambio, se insiste en que “Las características biológicas específicas del sexo femenino y la naturaleza misma de las relaciones sexuales contribuye a acentuar el riesgo de contagio de las mujeres, que es heterosexual y trae aparejada la denominada transmisión vertical madre-hijo .Desde una misma mirada, los diferentes niveles científicos nucleados en los organismos oficiales, explican el crecimiento de la pandemia reconociendo que si bien las adolescentes mujeres como los varones tienen relaciones sexuales en general por mutuo acuerdo, es mucho más probable que las mujeres estén desinformadas, incluyendo el desconocimiento de su propia vulnerabilidad a la infección cuando comienzan a tener relaciones sexuales. Esta forma de consideración de la mujer en las relaciones sexuales se funda en tres afirmaciones que no son discutidas: la primera es que las mujeres tienen relaciones sexuales siempre en forma consentida, mediante un contrato natural donde ellas mismas renuncian a la opción del reclamo del uso del preservativo. La segunda es que la información, por más que se tenga, pierde su valor frente a situaciones de violencia sexual; y por último, que hay un estado de relaciones de poder que lleva a la aceptación de la violencia de género y de los contextos en los que suele darse la relación genital: alcoholismo y drogadicción.

La violencia de género es una de las violaciones a los Derechos Humanos y a las

libertades fundamentales que más afecta a mujeres y niños; impacta en las alterando gravemente sus capacidades y posibilidades de desarrollo —individual y social— y su existencia plena e igualitaria.

Respecto a la violencia sexual y las mujeres que resultan infectadas, nuevamente, en el Hospital Alberdi, nos señalaban: “[...] son pacientes muy difíciles la mayoría, por eso está la contención, que tomen la importancia de hacer un tratamiento, eh..., digamos, no son pacientes..., difíciles de abordar, de llevar, son difíciles...”. Y agregan en relación a los controles: “Claro, generalmente, uno lo que ve es que hace lo que la pareja le pide, son raros los casos que digan ‘no, yo me vengo a hacer un test de HIV porque sospecho que mi marido tal cosa’, o al revés, digamos; generalmente, no hay compromiso en ese sentido, uno se amolda a lo que diga el otro...”.

En el Hospital “Víctor J. Vilela”, las pediatras encargadas de ginecología nos contaban: “Ante el abuso detectado acá hay un espacio de maltrato, se trata interdisciplinariamente con respecto al aborto, acá se atiende en un tercer nivel [alta complejidad], por lo que no acuden por atención primaria...”.

Respecto a la violencia institucional de algunos efectores de salud, en el Centro de Salud del CMDO nos comentaban: “[...] por eso hoy estuvimos discutiendo por esto, la equidad, la universalidad, el derecho, el derecho a la salud. Sin ese derecho a la salud y a la universalidad..., a veces no podemos recibir a todos, pero de ese, de todos, tenemos que ver si uno conoce a su paciente, de esos cien mil que vinieron, voy a atender veinte, pero hay que ver a los otros. Yo les di herramienta, no venir con un pico de fiebre la mamá, cuando yo la acostumbé la gotita, la gotita olvidando que se lo podía bañar...”.

En referencia a este tipo de violencia, INSGENAR realizó una investigación entre el 2001 y el 2003, el proyecto denominado “Tratos Cruels, Inhumanos y Degradantes a Mujeres en Servicios de Salud Reproductiva” buscaba sensibilizar a la sociedad rosarina y a los trabajadores de salud sobre la existencia de tratos crueles, inhumanos y degradantes a mujeres que asisten a los servicios de salud reproductiva y contribuir a su erradicación.

En Argentina, un tercio del total de las muertes maternas y miles de hospitalizaciones cada año se explican por abortos clandestinos y sus complicaciones. El 17% de los embarazos corresponde a adolescentes (entre los 10 y los 19 años de edad), y la tasa de prevalencia de VIH-SIDA ya ha alcanzado a la de Brasil (0,7% entre adultos de 15 a

49 años de edad). No obstante esta situación, la disponibilidad de métodos modernos de anticoncepción en el país se da de manera irregular, generalmente, limitada a aquellas personas con capacidad de pago en el subsector privado y excluyendo a las personas de menores ingresos.

En relación a las cifras aquí expuestas, en el Centro de Salud Eva Perón expresaban: “Muy pocos llega en situación de aborto, si tenemos pacientes que viven con HIV...”.

En el Centro de Salud La Florida, ante esta situación, nos comentaban que poseen una población portadora de VIH, sobre todo femenina, pero “[...] si ellas lo manifiestan como un problema, tratamos de trabajarlo desde salud mental, porque cuando empieza a ser un problema para ellas, empieza a ser un problema para todos. El asumir la enfermedad puede ser difícil, el asumir el contagio o la enfermedad o la novedad de que están padeciendo HIV, por ejemplo, como cualquier otra infectocontagiosa, cuando empieza a ser un problema para ellas, empieza a ser un problema para todos. Realmente, tenemos bastante soporte de salud mental, el poder estar sosteniendo y abriéndole la pantalla para decirles bueno, esto no es el fin del mundo ni la muerte, HIV no tiene que ver con la muerte la medicina ha avanzado...”.

Recordemos que el Programa se planteó: la disminución de la morbimortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y patologías genitales y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

En principio, a partir de nuestro relevamiento y en relación a los objetivos planteados por la Ley N° 25.673, entre los factores que indican una transformación en el sector público sanitario, podemos señalar que existe una conveniente cercanía física entre los niveles de conducción del gobierno y la población, gracias a la manera en que se estructuró la atención primaria en el Municipio, de modo que se pudieron establecer y consolidar canales de comunicación en el marco del proceso de descentralización. También hace posible el proceso de transformaciones que implica la implementación de una normativa el reconocimiento, por parte de los trabajadores de la salud, de la importancia de

considerar a la población y a las OS como un eslabón necesario para generar políticas alternativas y exitosas. Asimismo, la participación interdisciplinaria de los equipos de salud en las problemáticas referidas a salud sexual y la procreación responsable, y la intervención, posibilitan el encuentro territorial de gobierno, actores involucrados y la ciudadanía en general.

Siguiendo nuestra experiencia en el campo, podemos afirmar que no se detectan límites político-administrativos para la implementación del Programa en el ámbito del Municipio. Hay un manifiesto fomento y contribución de la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva de los habitantes del Municipio. Todos y cada uno de los efectores visitados resaltaron la importancia de la medicina preventiva y el papel fundamental de las organizaciones a la hora de contar con información exhaustiva acerca de las características de la población para difundir, implementar y evaluar las distintas políticas y prácticas sanitarias.

Entre las dificultades detectadas, podemos señalar la casi inexistencia del espacio específico de atención y promoción de la salud sexual y reproductiva. Si bien en algunos efectores el espacio se generó espontáneamente o preexiste a la ley nacional, esto sucede desde lo informal o desde la demanda que algunos profesionales detectaron en el territorio. En este sentido, en el Centro de Salud Eva Perón, Viviana nos comentó: “[...] la educación sexual es a pulmón, hay preservativos y métodos anticonceptivos y el equipo es interdisciplinario, conformado por psicólogos, trabajadores sociales, médicos y enfermeros. Creo que no cambiaría nada de las políticas de salud, sí mejoraría la llegada a los adolescentes, con otros recursos, las formas...”.

En el Centro de Salud del DS, la coordinadora señaló: “[...] trabajamos algunos más específicamente, yo trabajo sobre todo las edades de niños más chicos, por eso, sí, somos dos los pediatras, y trabajamos mucho con la mamá y los niños. Los adolescentes es un grupo que tiene más afinidad (te miraba el..., me hiciste acordar a un mate que tenía yo) con las médicas generalistas; Marisa y Patricia Ferrero están laburando más ese tema con los adolescentes...”.

Otra dificultad o tarea pendiente tiene que ver con potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable; si bien hay prácticas implementadas por algunos Centros de Salud, el cambio en este sentido

no se vislumbra. Es decir, la gestión debe reforzarse en el trabajo con las mujeres y los hombres para la comprensión del derecho a decidir, aunque se debe tener en cuenta que la participación social, y mucho más aún la participación ciudadana, no registran demasiados antecedentes. Por ello, es necesario fortalecer la conciencia ciudadana en las cuestiones que hacen al ejercicio de sus derechos, y para esto es importante el acceso a la información, hecho que se vuelve posible mediante la generación de redes sociales, entendiéndolas como un sistema de intercambio dinámico que posibilita potenciar recursos y la resolución de problemas (Dabas y Najmanovich, 1999). Por otra parte, bien sabemos que este tema, como señala Elizabeth Jelin, es multifacético; el cuerpo de la mujer, al tener la capacidad de procrear, tiene un valor social muy especial (Jelin, 1996 ¿a o b?: 204).

Se trata, pues, de pensar renovadas políticas para las familias, pero también con las familias, entendidas éstas en todo su universo y diversidad. En este sentido, el gran desafío que le cabe al Estado es, precisamente, articular políticas de igualdad activas, centradas en las personas como sujetos de derechos; es decir, no sólo políticas antidiscriminatorias, sino políticas dirigidas a disminuir los riesgos y las inseguridades del contexto económico y político. Se trata de generar marcos que promuevan la igualdad y la equidad, y no de quedarse en políticas dirigidas a paliar situaciones de vulnerabilidad.

Así, Pateman sostiene una postura donde hay alguna clase de esencia que corresponde a las mujeres como mujeres, de modo que su propuesta de una ciudadanía diferenciada que reconozca la especificidad de la condición femenina se basa en la identificación de las mujeres como mujeres con la maternidad, y para estos objetivos hay dos tipos básicos de individualidad que deben ser expresados en dos diferentes formas de ciudadanía: los varones como varones y las mujeres como mujeres. Debe quedar en claro que la aplicación de políticas transversales desde el enfoque de género constituye una herramienta técnico-analítica que busca implementar la equidad de género. Esto significa que no se trabaja únicamente sobre las necesidades subjetivas de las mujeres, es decir, desde la perspectiva de la biografía personal y colectiva, sino también sobre los requisitos de estabilidad de los sistemas e instituciones de la economía. Por lo mismo, la idea de transversalidad implica que no se diseñan políticas en el margen o “para mujeres”, sino que éstas deben atravesar toda la esfera de decisión del Estado, tal como marca el espíritu del programa de igualdad de oportunidades de la Municipalidad de Rosario.

En relación a los actores sociales y su relación con los efectores públicos de salud, pudimos detectar que el Estado busca propiciar la participación en algunos distritos, en particular, aquellos con situaciones de vulnerabilidad más complejas; por ejemplo, el Noroeste, donde también las OS propician actividades e impulsan prácticas. Sin embargo, y más allá de la participación contemplada en la ley, no hay una articulación programática, sino que las interacciones surgen de las necesidades de uno u otro actor en relación a la temática. Siguiendo la clasificación de Cohen y Peterson (1997), Jordana señala que existen áreas de políticas públicas en las que predomina una especie de monopolio institucional por parte del Estado nacional o provincial, otras donde se establece un monopolio institucional distribuido en los gobiernos locales (donde las responsabilidades han sido transferidas completamente a órganos de gobierno subnacional en el territorio mediante alguna forma de descentralización), y finalmente, otras en las que existe pluralismo institucional, en la medida que las responsabilidades sobre determinadas tareas son compartidas por más de una institución u organización, que pueden pertenecer a niveles de gobierno o ámbitos territoriales distintos, participando incluso organizaciones públicas no estatales o el sector privado. En nuestro país, en la mayoría de los programas sociales que son implementados en la escala local, se da una especie de pluralismo institucional muy asimétrico donde, si bien opera cierta división de responsabilidades entre los diversos organismos involucrados, existe una fuerte centralidad del gobierno nacional y/o provincial, que tiene su origen en la distribución de funciones, recursos, capacidades y competencias, en los imperativos funcionales de la coordinación de los programas y en una fuerte tradición centralista.

Partiendo de la clasificación realizada por Nuria Cunill Grau, podemos establecer que existen dos modalidades de participación social en la acción estatal: a) la participación en la formulación de políticas y decisiones públicas, que tiene por objetivo ampliar el espectro de actores implicados en la elaboración y diseño de las políticas; y b) la participación en la gestión de programas o servicios públicos, que da lugar a formas de colaboración de organizaciones de la sociedad civil sólo en la fase de ejecución de las acciones, y es resultado del proceso de transferencia de funciones del Estado a la sociedad. Asimismo, señala, no pueden dejarse a un lado las “instancias de confrontación propositiva”, como, por ejemplo, los mecanismos de control social e interpelación (Cunill Grau, 1995). De nuestros encuentros con los Centros de Salud y con las organizaciones, y

siguiendo una vez más a Cunill Grau, podemos ubicar a las organizaciones que integran el CoNDeRS como actores participantes en la ejecución del Programa y que ejercen la ya mencionada *accountability* horizontal en su variante denominada asignada , volviendo a retomar así la construcción teórica elaborada por Guillermo O'Donnell. En este sentido, este autor nos hablan de rendición de cuentas en tanto vínculos entre representantes y representados.

Algunos programas prioritarios ameritan un pronto y decidido fortalecimiento, este es el caso del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, de reciente lanzamiento. Luego de la promulgación, la implementación efectiva de este programa fue decisiva para reducir las altas tasas de mortalidad materna e infantil, en especial en la población más vulnerable. Al interior de la estructura del gobierno local, se van produciendo algunos cambios desde los noventa y se profundizan a partir del 2003, esto, creemos, tiene que ver con ciertos cambios en términos de pensar la construcción de la gestión de los riesgos sociales, y particularmente aquellos relacionados con derechos básicos, como es el caso de la salud.

1.4. Cuadros de caracterización de la implementación del PSSyPR en el Municipio de Rosario

QUESTION

QUESTION	ANSWER	TOPIC	EXPLANATION	REFERENCE	REMARKS
1. The following are the components of the cost of goods sold (COGS) except:	Direct materials	Cost Accounting	COGS includes direct materials, direct labor, and manufacturing overhead. It does not include selling and administrative expenses.	Cost Accounting, 10th Edition, Chapter 10	
2. The cost of goods sold (COGS) is calculated as:	Beginning inventory + Purchases - Ending inventory	Cost Accounting	COGS = Beginning Inventory + Purchases - Ending Inventory	Cost Accounting, 10th Edition, Chapter 10	
3. The cost of goods sold (COGS) is affected by:	Changes in inventory levels	Cost Accounting	COGS is affected by changes in inventory levels. An increase in inventory decreases COGS, while a decrease in inventory increases COGS.	Cost Accounting, 10th Edition, Chapter 10	
4. The cost of goods sold (COGS) is:	A contra account to purchases	Cost Accounting	COGS is a contra account to purchases. It is used to calculate the cost of goods sold.	Cost Accounting, 10th Edition, Chapter 10	
5. The cost of goods sold (COGS) is:	A debit to the cost of goods sold account	Cost Accounting	COGS is a debit to the cost of goods sold account. It is used to calculate the cost of goods sold.	Cost Accounting, 10th Edition, Chapter 10	
6. The cost of goods sold (COGS) is:	A credit to the cost of goods sold account	Cost Accounting	COGS is a credit to the cost of goods sold account. It is used to calculate the cost of goods sold.	Cost Accounting, 10th Edition, Chapter 10	
7. The cost of goods sold (COGS) is:	A debit to the cost of goods sold account and a credit to the purchases account	Cost Accounting	COGS is a debit to the cost of goods sold account and a credit to the purchases account. It is used to calculate the cost of goods sold.	Cost Accounting, 10th Edition, Chapter 10	
8. The cost of goods sold (COGS) is:	A credit to the cost of goods sold account and a debit to the purchases account	Cost Accounting	COGS is a credit to the cost of goods sold account and a debit to the purchases account. It is used to calculate the cost of goods sold.	Cost Accounting, 10th Edition, Chapter 10	
9. The cost of goods sold (COGS) is:	A debit to the cost of goods sold account and a debit to the purchases account	Cost Accounting	COGS is a debit to the cost of goods sold account and a debit to the purchases account. It is used to calculate the cost of goods sold.	Cost Accounting, 10th Edition, Chapter 10	
10. The cost of goods sold (COGS) is:	A credit to the cost of goods sold account and a credit to the purchases account	Cost Accounting	COGS is a credit to the cost of goods sold account and a credit to the purchases account. It is used to calculate the cost of goods sold.	Cost Accounting, 10th Edition, Chapter 10	

Kategori	Sub-kategori	Detail	Detail	Detail	Detail
Kategori 1	Sub-kategori 1	Detail 1.1	Detail 1.2	Detail 1.3	Detail 1.4
Kategori 2	Sub-kategori 2	Detail 2.1	Detail 2.2	Detail 2.3	Detail 2.4
Kategori 3	Sub-kategori 3	Detail 3.1	Detail 3.2	Detail 3.3	Detail 3.4
Kategori 4	Sub-kategori 4	Detail 4.1	Detail 4.2	Detail 4.3	Detail 4.4
Kategori 5	Sub-kategori 5	Detail 5.1	Detail 5.2	Detail 5.3	Detail 5.4
Kategori 6	Sub-kategori 6	Detail 6.1	Detail 6.2	Detail 6.3	Detail 6.4

Übersicht

Kategorie	Name	Beschreibung	Anwendungsbereich	Eigenschaften	Verwendung
Kategorie 1	Name 1	Beschreibung 1	Anwendungsbereich 1	Eigenschaften 1	Verwendung 1
Kategorie 2	Name 2	Beschreibung 2	Anwendungsbereich 2	Eigenschaften 2	Verwendung 2
Kategorie 3	Name 3	Beschreibung 3	Anwendungsbereich 3	Eigenschaften 3	Verwendung 3
Kategorie 4	Name 4	Beschreibung 4	Anwendungsbereich 4	Eigenschaften 4	Verwendung 4
Kategorie 5	Name 5	Beschreibung 5	Anwendungsbereich 5	Eigenschaften 5	Verwendung 5
Kategorie 6	Name 6	Beschreibung 6	Anwendungsbereich 6	Eigenschaften 6	Verwendung 6
Kategorie 7	Name 7	Beschreibung 7	Anwendungsbereich 7	Eigenschaften 7	Verwendung 7
Kategorie 8	Name 8	Beschreibung 8	Anwendungsbereich 8	Eigenschaften 8	Verwendung 8

recolectada entre septiembre 2010 y julio 2011.

Los cuadros aquí presentados no pretenden ser un análisis exhaustivo, pero sí ensayan un primer diagnóstico de la implementación del PSSyPR en el Municipio de Rosario.

En este sentido, podemos afirmar, en primera instancia, que el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito local se presentó como continuidad de las políticas de salud sexual y procreación responsable que se venían sosteniendo en el Municipio de Rosario. Esto pudimos observarlo en la ronda de entrevistas realizadas tanto a las OS involucradas en el CoNDeRS como a los referentes de los efectores de salud municipal y a funcionarios y personal jerárquico de la administración rosarina.

Este breve análisis pretende echar luz sobre la forma en que se implementan los programas y cómo se reorientan las políticas a nivel local. Consideramos que tal aproximación resulta relevante dado que los niveles municipales se constituyeron en instancias privilegiadas de ejecución de políticas sanitarias. En consecuencia, como señala Chiara, la agudización de la crisis y la implementación de programas emanados de Nación han dado lugar a redefinir las limitadas y ambiguas funciones de los municipios y el consecuente replanteo de su relación con la sociedad civil (Chiara *et al.*, 2000).

En este sentido, elaboramos los cuadros en función de cada objetivo del Programa y en relación a cada uno de los efectores visitados, observando allí los actores intervinientes, los logros alcanzados por cada territorio y los problemas o sugerencias que los interlocutores/referentes de los efectores nos señalaron en las distintas entrevistas sostenidas.

Respecto al primer objetivo-eje: “alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación y coacciones”, podemos establecer que los actores que intervienen en el territorio son exclusivamente los equipos de salud de los Centros, y sólo en un caso la sociedad civil aparece como un actor participante de las acciones estatales. Si algo debemos destacar como situación problemática, es la imposibilidad de lograr una política de salud planificada con la Nación, y también la ausencia de educación sexual en las escuelas

primarias. En relación a lo logrado en el territorio, existen coincidencias en pensar la salud sexual en el marco de una clínica ampliada y de la equidad —esta última pensada como igualdad de los iguales en diferentes circunstancias—.

En cuanto al segundo objetivo-eje: “disminuir la morbimortalidad materno-infantil”, de los diez efectores visitados y entrevistados, la mitad trabaja con las OS y las escuelas del distrito para prevenir esta situación. En relación a los logros, la salud sexual de las mujeres es tema prioritario; en los Centros y los hospitales entrevistados, tratan de trabajar la temática mediante distintos dispositivos diseñados territorialmente y en función de las características de los barrios. En referencia a este objetivo, uno de los problemas que se detecta tiene que ver con los objetores de conciencia, que se niegan a realizar cierto tipo de prácticas; el otro problema es cultural y se conecta con los varones y las múltiples formas de ejercer violencia sobre las mujeres; a estos problemas obstáculos se suma la falta de coordinación de una política sanitaria entre la Nación, la Provincia y el Municipio.

El tercer objetivo es “prevenir embarazos no deseados”. En cuanto a éste, la problemática que impide su cumplimiento tiene que ver, principalmente, con que la maternidad representa el proyecto para algún sector. El otro problema tiene que ver con los profesionales y la limitada relación con las pacientes. Respecto a los logros, podemos decir que se han generado en la mayoría de los efectores espacios de información, discusión y preventivos adonde las y los jóvenes pueden acudir. En este objetivo no se visualiza relación con actores de la sociedad civil, sí con algunas escuelas.

El cuarto objetivo: “promover la salud sexual de los adolescentes”, no involucra en su ejecución más que a los efectores. En relación a los logros, podemos señalar que mediante los dispositivos preventivos que se generan en los distintos efectores las adolescentes han comprendido que la salud es un derecho. Los problemas tienen que ver con la falta de educación sexual; el adolescente está desinformado y hay pocos profesionales para hacer frente a la situación.

El quinto eje-objetivo es contribuir a la prevención y detección de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genitales y mamarias. Los logros respecto a este objetivo no son pocos, hay información y medicación coordinada entre la instancia nacional y sub-nacional, además de realizarse la prueba desde Municipio para todas las parejas embarazadas. Los problemas tienen que ver con la transmisión vertical, y en relación

a esto, también se deben mencionar los varones con distintos tipos de adicciones y la situación de violencia física que padecen sus parejas.

El siguiente objetivo tiene que ver con “garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios sobre SSyPR”. El primer problema que se detecta tiene que ver con la ausencia del espacio de consejería que prevé la ley y que en Rosario preexistía a la misma —hace aproximadamente tres años que no funciona—; sólo tres de los diez efectores entrevistados cuentan formalmente con la consejería, aunque sí está garantizada por otros profesionales de manera informal. El otro problema tiene que ver con la presencia de objetores de conciencia en algunos efectores de salud municipal y la falta de profesionales. Los logros que se pueden establecer son en relación al suministro de folletería preventiva y de todos los métodos anticonceptivos necesarios.

El último objetivo, “potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable”, no cuenta con demasiados logros hasta el momento. Son las mujeres muy jóvenes quienes se apropian del espacio y consultan, reconociendo su salud como un derecho. Los problemas que aún se deben resolver, para algunos, tienen que ver con no contemplar a la salud sexual de las mujeres como parte de la salud integral y así no integrar a los varones; para otros, tiene que ver con no posibilitar el acceso a una educación sexual desde los inicios de la educación formal. En este objetivo tampoco se ve involucramiento alguno de las OS.

Algunos programas prioritarios ameritan un pronto y decidido fortalecimiento, y pensamos que este es el caso del aquí analizado PSSyPR, lanzado en el 2003. La implementación efectiva de este programa es decisiva para reducir las altas tasas de mortalidad materna e infantil, en especial en la población más vulnerable. Pero, mal que nos pese, dicha implementación se encuentra sujeta a la decisión política de las instancias subnacionales y provinciales; desentramar ciertas pujas, construidas a partir de determinados valores y creencias es una tarea nada sencilla.

Podemos señalar, en rasgos generales, y más allá de la heterogeneidad social del Municipio, que se reproduce al interior de cada Distrito, como ya hemos extensamente descrito en capítulos precedentes, que se puede detectar como una situación problemática general la ausencia de conocimientos en torno a la educación sexual en la currícula del

sistema de educación formal primario, reclamo realizado en la mayoría de los efectores sanitarios visitados. En el mismo sentido, la situación laboral de los trabajadores de la salud (pocos cargos, escasos especialistas, objetores de conciencia) es un obstáculo para el cumplimiento diario de las metas del Programa. Además, en los distritos con población más vulnerable, se presenta como una de las principales problemáticas la ausencia de un proyecto para los jóvenes, y como consecuencia, la maternidad como única meta para las mujeres. Esta política, entonces, surgida para dar respuestas a la mortalidad materna a raíz de los abortos practicados sobre embarazos no deseados, el embarazo adolescente y el contagio de SIDA, entre otros problemas, parte del reconocimiento del derecho a la salud como posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante, sin coerción y sin temores. En una breve aproximación al formato que adquiere el Programa en el territorio, podemos señalar que se favorece la detección de enfermedades genitales-mamarias; y que, si bien se encuentran disponibles en todos los efectores los insumos para la ejecución de esta política, sin embargo, la mayoría de los efectores visitados no cuenta con el espacio formal de consejería en salud sexual, fundamental para brindar la contención e información necesaria para el ejercicio pleno del derecho a decidir. Asimismo, de acuerdo a nuestro trabajo de campo, podemos establecer que la mayoría de los ejes están siendo cumplidos, de esta manera pensamos en la significativa contribución que representa la posibilidad de pensar en el cumplimiento del derecho a la salud, en tanto derecho humano, como un avance indiscutible para una mejora del sistema democrático.

Como construcción histórica, puede decirse que las funciones que asumen los municipios son el resultado de repercusiones horizontales y verticales de las políticas públicas, en tanto éstas generan procesos hacia afuera y hacia adentro (Oszlak y O'Donnell, 1976); en este contexto, el ciudadano es sujeto en tanto miembro del cuerpo político del Estado, por lo que ciertos principios de representación regulan el derecho de los ciudadanos a participar directamente o indirectamente. En este sentido, los varones y las mujeres son ciudadanos objeto del derecho porque deben aceptar someterse al conjunto de reglas. El sistema de derechos y deberes tiene efectos materiales de variable intensidad que tienden a consolidar una posición del ciudadano en su formación social. De esta idea se desprende el ideal de salud pública que se pretende en el Municipio de Rosario, afirmado en la creencia de que para dar cuenta de los estados de salud poblacionales se debe tener conocimiento de

las situaciones que se vivencian en el territorio, ya que sólo así se espera lograr dar las respuestas sociales a los problemas.

El modelo sanitario de la Municipalidad de Rosario está guiado por el objetivo fundamental de resguardar la autonomía y calidad de vida de los ciudadanos a partir de distintos ejes y prácticas que se proponen en función de las necesidades del barrio, tales como las estrategias para lograr equidad en la utilización de los servicios; las organizaciones democráticas con trabajadores autónomos y responsables; la participación de los equipos de salud en el diseño de las estrategias y la toma de decisiones; la programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos. Aún hay no pocos desafíos por sortear, ya que el concepto del derecho a la salud no está operacionalizado de manera tal que constituya una guía adecuada para el trabajador de salud a nivel local, sin embargo, podemos sostener que existe la intervención de un Estado municipal que actúa como moderador social propiciando la posibilidad de pensar en la política en un modo distinto.

En los primeros trazos de este capítulo, nos preguntamos cómo se desarrollan las interacciones entre las OS y los gobiernos en Rosario y, en el mismo sentido, cómo se construyen las interacciones entre los Gobiernos locales y las OS a partir de la participación en el PSSyPR.

Buscando una respuesta al primer interrogante, afirmamos que las características que asume esta relación responden a los cambios acaecidos a nivel socio-político y la multiplicidad de situaciones de riesgo social que tuvieron lugar en la última década del siglo XX. De esta manera, el desmantelamiento de parte del Estado social en Argentina obtuvo como respuesta malestares sociales que se evidenciaron en el espacio público hacia mediados de los años noventa, con claros antecedentes en los años ochenta. En tal sentido, los cambios comienzan cuando se trastocan las funciones entendidas como exclusivamente estatales, produciéndose cierta desestatización de lo social; como ya hemos señalado a lo largo de esta investigación, la gestión de las políticas comienza a involucrar en distintas funciones a la sociedad civil, y es así que la participación de las OS en políticas públicas caracterizará la forma de administrar lo público en el siglo XXI.

Visitando nuevamente a Chantall Mouffe, la autora sostiene que, una vez desaparecido el enemigo del capitalismo tras la caída del Muro, la socialdemocracia se

sintió llamada a aceptar la hegemonía del neoliberalismo. Este hecho fortaleció la perspectiva liberal de la democracia, fortaleciendo, a su vez, dos artificios en torno a ella: una forma universalizante de la política, centrada en la armonía de intereses y en el consenso de los partidos.

En este sentido, la gestión del Municipio de Rosario se construyó desde mediados de los años noventa pensando en la participación ciudadana como eje que debía transversalizar todas sus acciones de gobierno. Esta premisa cobra más fuerza después del 2001; así, la gestión de los riesgos fue pensada desde la ciudad como espacio de discusión entre gobernantes, especialistas y la sociedad civil, en dicho espacio se manifiestan desacuerdos y conflictos sociales, y los ciudadanos son pensados como sujetos activos y capaces de trabajar por la igualdad de oportunidades. Lo local se resignifica para pensar lo político y las políticas, la proximidad lo convierte en el lugar donde todas las contradicciones económicas, sociales y políticas se encuentran presentes.

De esta forma, tempranamente, la gestión rosarina comprendió la necesidad de reformular las bases que sustentaban el sistema democrático liberal, con lo cual la participación ciudadana vendría a recomponer la voluntad construida necesaria para sostenerlo.

La ciudad ofreció un terreno para explorar novedosas formas de participación que contribuirían al ansiado retorno de la ciudadanía a los problemas públicos; tales formas de participación parecen convertirse en escenario de nuevas maneras de articulación entre el Estado y la sociedad civil.

Dando respuesta a la segunda pregunta, planteamos el caso de las dos organizaciones rosarinas seleccionadas en nuestra investigación, INDESO e INSGENAR, integrantes consejo asesor del PSSyPR, creado por el gobierno nacional. Así, el CoNDeRS debe ser pensado como un mecanismo de rendición de cuentas; en este sentido, establecimos que el concepto de *accountability* hace referencia a la receptividad y responsabilidad que deben tener los agentes públicos. Implica el establecimiento de un sistema institucional de control basado en la creación de agencia y mecanismos especializados de fiscalización que poseen la autoridad para evaluar el comportamiento de determinadas agencias públicas y para aplicar sanciones a aquellas agencias o funcionarios que se consideren en falta, esto implica información y justificación (Schmitter, 1997; Barber, 2004).

Debemos aclarar y diferenciar las instituciones de *accountability* horizontal de las de balance y asignadas, entendiendo que el CoNDeRS pertenece a las del segundo tipo, que son las encargadas de supervisar, prevenir, disuadir, promover la sanción o sancionar acciones u omisiones presuntamente ilegales de otras instituciones estatales, nacionales o subnacionales. En principio, las agencias asignadas tienen varias ventajas respecto de las de balance, una es que pueden ser proactivas y continuas en su actividad, y así pueden ser más eficaces en prevenir o disuadir acciones ilegales de las instituciones estatales que supervisan. Otra ventaja es que para sus acciones las agencias asignadas pueden invocar criterios profesionales antes que partidarios o políticos. Así, en el caso de la institución aquí tratada, el consejo funciona como asignada, tiene una actividad proactiva, en el sentido de generar temas y debates en el marco de las reuniones que se realizan. En el mismo sentido, la *accountability* horizontal es una importante generadora de información que se torna disponible públicamente.

La labor del consorcio constituye una contribución muy importante para el campo de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y de derechos, así como también para el fortalecimiento del Estado en su función de garante de los derechos humanos y en su responsabilidad en el mejoramiento de las condiciones materiales y simbólicas para que la población pueda ejercerlos en forma efectiva. Así, la relación entre la sociedad política y la sociedad civil es de control de la segunda respecto a la primera, donde el consejo, mediante la participación, vela por los intereses de los beneficiarios del programa.

Por último, nos preguntamos: ¿cuáles son las características que asume el PSSyPR en el ámbito del Municipio de Rosario?

Como ya señalamos, fue en 1996 que se creó el Programa de Procreación Responsable Municipal en Rosario, para promover la anticoncepción de emergencia. Esta circunstancia tuvo como consecuencia una revalorización de lo local que reconoce dos aristas: por un lado, lo local se revela como un ámbito que permite hallar nuevas respuestas al problema del desarrollo en el marco de la globalización (Arocena, 1997; Boisier, 2001; Madoery, 2001).

En segundo lugar, aparece como una escala humana que favorece una mayor cercanía y proximidad para el funcionamiento del sistema democrático (Ford *et al.*, 2009).

Así, el surgimiento de la era neoliberal representa un quiebre en la historia económica de nuestro país, pero es también un momento crítico en el desarrollo político de la región; se realizó un proceso de descentralización que, a menudo, se tradujo en una mera transferencia de deberes y responsabilidades desde la administración central hacia los gobiernos provinciales y locales, sin la correspondiente transferencia de recursos que las nuevas funciones demandaban.

En el marco de las políticas generales del Municipio de Rosario, se trabajó en la construcción de los distritos sanitarios, que pretenden recuperar la idea de territorialidad que guía la gestión municipal para plasmarla en la red de salud. La acción basada en la estrategia de atención primaria, y en este marco, el modelo de promoción de la salud, aportan una visión dinámica, donde la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana más que una meta final; en este mismo sentido, el modelo sanitario del Municipio se propone incorporar la perspectiva de género. Para considerar lo que esto implica respecto a la implementación del PSSyPR, realizamos un breve análisis de la información obtenida en nuestras observaciones, buscando una conexión con cada uno de los objetivos del programa, recreando la formas y las prácticas asumidas territorialmente por el programa en los distritos de la ciudad a partir de los centros de salud y de los efectores públicos municipales de mediana complejidad. También procuramos identificar a los actores involucrados en los efectores de salud municipal, los logros de cada equipo y las situaciones problemáticas que deben afrontar.

Entre las situaciones problemáticas que pudimos detectar, se encuentra la relación con cierta ausencia de coordinación entre las políticas nacionales y subnacionales, más allá del alcance del Programa y el suministro de insumos, el resto de las funciones que hacen a la implementación de los objetivos pareciera ser absoluta responsabilidad del gobierno municipal.

Cabe preguntarse qué queda después de la crisis decembrina. Se ha instalado la incertidumbre en la política nacional; esto invitó a mirar el futuro con cierta precaución, especialmente, por el creciente descontento social hacia la clase política en su conjunto, y a resignificar el sistema democrático representativo. En principio, la democracia representativa no alcanza; ella misma pierde su validez y legitimidad si no se complementa con la presencia in-mediata de los representados en los ámbitos más propicios. Para ello, se

materializaron en el Municipio de Rosario políticas públicas y prácticas, en relación a modificar ciertos procedimientos; en este marco, se vislumbran algunos cambios, modificaciones que no logran, sin embargo, cambiar las relaciones de fuerza imperantes.

Conclusiones

Cuando comenzamos esta investigación, nos propusimos analizar la construcción de las interacciones entre los Gobiernos locales y las OS en el período 2003-2010, a partir de la dinámica participativa en el PSSyPR en el Municipio de Rosario. Para esto, creímos imprescindible conocer las características de estos actores; analizando los determinantes e influencias de esta relación desde los claroscuros propios del singular sistema democrático argentino.

Esta investigación, además, implica por sí misma una contribución teórica y empírica desde la ciencia política a cuestiones relacionadas con la implementación de políticas de salud sexual, como así también al desarrollo de una mirada sensible al género en relación a la gestión de los riesgos sociales. La situación social de las mujeres, a partir del marco brindado por Esping-Anderson (2000), la entendemos como un riesgo social, intergeneracional, donde las desventajas se convierten en desigualdades de capital social.

Las presentes conclusiones se nutren de las reflexiones teóricas parciales que fuimos estableciendo a lo largo de esta investigación y de los hallazgos empíricos, producto de nuestras entrevistas, observaciones e información secundaria analizada; en este sentido, profundizaremos nuestra línea analítica a partir de los interrogantes que nos formulamos al iniciar esta investigación.

Los espacios institucionales de participación surgidos después del 2001 buscaron mejorar la comunicación entre los actores sociales y los gobiernos, integrando a los primeros en el conjunto de funciones que competen al segundo, el inconveniente se produce cuando las instituciones políticas pretendieron racionalizar y, de esta manera, obstaculizar las luchas democráticas instrumentalizadas desde la sociedad civil.

En primer lugar, a partir de nuestros hallazgos podemos establecer que las relaciones del gobierno local con las OS es más fluida y sólida con aquellas más visibles, más conocidas, y que no presenten fuertes divergencias con el proyecto político oficialista; esta situación se reitera en las distintas experiencias del gobierno local, las convocadas o invitadas a participar son aquellas más conocidas, reproduciendo, en cierta forma, relaciones de tipo clientelar.

En relación a esto, el director del centro de salud del CMDN, nos comentaba: “[...]”

nosotros, en principio, trabajamos con todas las organizaciones sociales [...], lo que pasa que cada vez hay menos participación en las organizaciones sociales, y están cooptadas, por ahí, por algunos partidos políticos para algunos fines claros, y les cuesta romper esa estructura. Nosotros, lo que hacemos, es tratar de trabajar con la gente más que nada. La organización social nos parece un medio interesante y nos parece interesante porque genera más voces con diferentes pensamientos, que eso para nosotros siempre es interesante. Hay organizaciones que son afín al partido político oficialista, que están en la Municipalidad de Rosario, y organizaciones que no, pero nosotros no tratamos de trabajar en disidencia con aquel que trabaje con otro partido político...”.

En segundo lugar, de acuerdo a lo observado en nuestro relevamiento, en relación a los mecanismos de participación, el Municipio cuenta con distintas instancias que parecen trascender lo meramente formal, con significativo esfuerzo desde el ejecutivo por impulsarlas, con cierta coherencia mínima, y donde los procedimientos se vean transparentes. Sin embargo, existen distintos inconvenientes, algunos tienen que ver con la difusión de actividades y el acceso a la información.

En tercer lugar, otro hallazgo de nuestro trabajo se encuentra en relación con las características que asume la participación. Generalmente, su apertura recae sobre temáticas generales o de control, no así de diseño; y hay excesiva centralización gubernamental en los temas de fondo. Esto evidencia serios obstáculos que impiden lograr la proximidad como mecanismo refundante de las instituciones democráticas locales.

Como señala la OS INDESO: “[...] las reuniones son mensuales, se convocan desde el mismo Ministerio de salud, viste, de la secretaría, digamos, nos mandan la invitación por mail. En general, la respuesta es por teléfono, a veces, pero, generalmente, ya quedamos de antes cuándo va a ser. Entonces, cercana a la fecha, se vuelve a mandar la síntesis, el acta de la reunión anterior, se manda por mail a todos, y bueno..., eh..., y para las semanas siguientes y después...”.

Siguiendo esta lógica de análisis, en cuarto lugar, más allá de las posibilidades, hay impedimentos estructurales que no les permiten a las OS evolucionar en relación a la co-gestión, ya que suelen no poseer total autonomía financiera, hecho que limita la capacidad de negociación de las mismas. Las aquí tratadas se sostienen mayoritariamente con financiamiento externo y, en menor proporción, por Nación, provincia y municipio.

Asimismo, generalmente, las OS no gozan de reconocimiento social ni formas de visibilizar masivamente su labor; sobre todo, los actores que trabajan en el reconocimiento de derechos, hecho que las opaca frente a la presencia estatal.

En síntesis, la relación entre las OS y los gobiernos locales es deficitaria. Probablemente, el dilema está en relación con esa necesaria complementariedad, la incapacidad de las OS para influenciar exitosamente a la sociedad política, y así, por múltiples razones, es el gobierno quien incide en las acciones y decisiones de la sociedad civil. Esta situación se ve agravada después del 2001, cuando los actores sociales resultaron indispensables para reconstruir las bases democráticas representativas.

En relación a la participación en el control de las políticas públicas, la *accountability* horizontal es una importante generadora de información que se torna disponible públicamente. La información producida por INDESO e INSGENAR es utilizada por el gobierno provincial, encargado de ejecutar la ley, como insumo para una mejor implementación del PSSyPR y otras formas de gestión de riesgos.

La labor del Consorcio constituye una contribución muy importante para el campo de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y de derechos, así como también para el fortalecimiento del Estado en su función de garante de los derechos humanos y en su responsabilidad en el mejoramiento de las condiciones materiales y simbólicas para que la población pueda ejercerlos en forma efectiva. Así, la relación de la sociedad política y la sociedad civil, en este marco, y en términos formales, es de control de la segunda respecto a la primera, donde el consejo, mediante la participación, vela por los intereses de los beneficiarios del programa. Además, se encuentra en comunicación con las áreas locales encargadas de la implementación del programa, así como con el resto de las OS de la provincia y el país que lo conforman.

Sin embargo, aún la relación entre las OS y los gobiernos locales es distante y verticalista. Mejorar los términos de esta relación implicaría buscar mecanismos de influencia en políticas públicas más efectivos que los utilizados hasta el momento, siendo los gobiernos facilitadores de un espacio concertado donde las OS puedan tener una auténtica intervención.

Fue en 1996 que se creó el Programa de Procreación Responsable Municipal en Rosario, el cual promueve la anticoncepción de emergencia. Esta situación responde a los

sucesos de los años noventa, cuando se produce un doble movimiento que empujó la crisis del Estado “hacia abajo”: del Estado Central a las provincias y a los municipios. Así, el surgimiento de la era neoliberal representa un quiebre en la historia económica de nuestro país, pero es también un momento crítico en el desarrollo político de la región. Se realizó un proceso de descentralización que, a menudo, se tradujo en una mera transferencia de deberes y responsabilidades desde la administración central hacia los gobiernos provinciales y locales, sin la correspondiente transferencia de recursos que las nuevas funciones demandaban.

En el marco de las políticas generales del Municipio de Rosario, se trabajó en la construcción de los distritos sanitarios que pretenden recuperar la idea de territorialidad que guía la gestión municipal para plasmarla en la red de salud. En este sentido, el trabajo en los distritos se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad desde una perspectiva integral de las problemáticas sanitarias, trabajando territorialmente con otros actores públicos. La acción basada en la estrategia de atención primaria, y en este marco, el modelo de promoción de la salud, aportan una visión dinámica, donde la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana más que una meta final. En este mismo sentido, el modelo sanitario del Municipio se propone incorporar la perspectiva de género, y esto implica romper con las lógicas que reproducen un modelo sanitario-patriarcal.

Respecto a la implementación del PSSyPR, realizamos un breve análisis de la información obtenida en nuestras observaciones, buscando efectuar una conexión con cada uno de los objetivos del programa, recreando la formas y las prácticas asumidas territorialmente por el programa en los distritos de la ciudad a partir de los centros de salud y de los efectores públicos municipales de mediana complejidad, así como identificar a los actores involucrados en los efectores de salud municipal, los logros de cada equipo y las situaciones problemáticas que deben afrontar.

Entre las situaciones problemáticas que pudimos detectar, manifestadas en los distintos efectores, se encuentra la relación a cierta ausencia de coordinación entre las políticas nacionales y subnacionales; más allá del alcance del Programa y el suministro de insumos, el resto de las funciones que hacen a la implementación de los objetivos, pareciera ser absoluta responsabilidad del gobierno municipal.

La organización territorial, que supone autonomía en las decisiones de políticas sanitarias, es un hecho sumamente dificultoso en la medida en que este nivel no cuenta con capacidad resolutoria ni financiera para hacer frente a esta situación. Esta nueva lógica que se desarrolla en el Municipio a mediados de los años noventa, y que parte de un funcionamiento descentralizado y participativo, encuentra, asimismo, sus límites al converger con un sistema nacional centralizado y carente del espíritu participativo.

Así lo señalaba la Dra. Elda Cerrano: “[...] podemos decir que, en lo que respecta a salud sexual, “Vos podés” es el política pública que cumple en este municipio esas funciones [...] del Programa (en referencia a Nación) llegan insumos y folletería, en forma tardía”.

En consecuencia, en relación a cada uno de los efectores visitados, los logros alcanzados por cada territorio y los problemas o sugerencias que los referentes de los efectores nos señalaron en las distintas entrevistas sostenidas, podemos sintetizar que el modelo sanitario de la Municipalidad de Rosario está guiado por el objetivo fundamental de resguardar la autonomía y calidad de vida de los ciudadanos a partir de distintos ejes y prácticas que se proponen en función de las necesidades del barrio.

Entre dichos ejes y prácticas se encuentran: las estrategias del gobierno local para lograr equidad en la utilización de los servicios; las organizaciones democráticas con trabajadores autónomos y responsables; la participación de los equipos de salud en el diseño de las estrategias y la toma de decisiones; y la programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos. De acuerdo a lo observado, pudimos establecer que la mayoría de los ejes planteados desde el modelo sanitario municipal se cumplen. Cada equipo diseña y acuerda su modalidad de trabajo y lo reacomoda a partir de distintas situaciones que se detectan en la cotidianidad barrial; sin embargo, cuando se piensa en una programación del accionar de gestión participativo, existen ciertas carencias societales para afrontar este desafío. Esta situación impide un accionar estratégico por parte de las OS y el resto de los actores de la sociedad civil.

Por último, se observa escasa o nula presencia del CoNDeRS, en tanto organismo de control, en el primero y segundo nivel de la salud pública municipal, quienes tienen por función la ejecución del PSSyPR.

Creemos que la efectiva rendición de cuentas es vital para mejorar las interacciones

entre el gobierno y las OS. En esta relación, aún hay no pocos desafíos por sortear; el derecho a la salud como un derecho humano debe ser objeto de todos y cada uno de los actores intervinientes. De esta manera, existe la necesidad de establecer garantías mínimas de atención en salud. Todo este proceso implica un cambio en el modelo de atención y en el modelo de gestión, comprendiendo la indispensable presencia territorial genuina de la sociedad civil para lograrlo.

Sintetizando, el modelo democrático representativo intentó sostener el consenso desde múltiples manifestaciones en la Sociedad Civil influenciada, intervenida y regulada por la Sociedad Política a través de distintos métodos. Sin embargo, a fines del siglo XX, el lazo de representatividad tradicional entra en crisis, profundizándose los desacuerdos; consecuentemente, se fueron reformulando las distintas maneras de construir propuestas, generar intereses y establecer compromisos entre los actores sociales, inaugurando una nueva etapa de la democracia representativa, la participativa.

Pero es preciso señalar que la característica relación sociedad política-sociedad civil en Argentina, donde el Estado determinó fuertemente a la sociedad civil, comienza a mostrar señales de cambio. La mayoría de los actores que irrumpen en el espacio público, a fines de los ochenta, con la hiperinflación, y a fines de los años noventa, frutos del desacuerdo hacia las políticas neoliberales, en diciembre del 2001, ocupan el espacio público como instituciones mediadoras, micro-representaciones, evidenciando el descreimiento y la indiferencia frente a la política tradicional.

Cabe preguntarse qué queda después de la crisis decembrina. Se ha instalado la incertidumbre en la política nacional, y esto invitó a mirar el futuro con cierta precaución, especialmente, por el creciente descontento social hacia la clase política en su conjunto, y a resignificar el sistema democrático representativo.

En principio, sabemos que la democracia representativa no alcanza, ella misma pierde su validez y legitimidad si no se complementa con la presencia in-mediata de los representados en los ámbitos más propicios. Para ello, se materializaron, en el Municipio de Rosario, políticas públicas y prácticas, en relación a modificar ciertos procedimientos. En este marco, se vislumbran algunos cambios, modificaciones, que no lograron aún cambiar las relaciones de fuerzas imperantes.

En el caso de las dos organizaciones involucradas en nuestra investigación, INDESO e

INSGENAR comienzan su desarrollo entre mediados de los años ochenta y los noventa, trabajando en el desarrollo de los derechos humanos desde sus orígenes. Podemos señalar que su relación con la sociedad política no presenta quiebres en relación a la crisis del 2001, aunque sí existen grietas en las interacciones entre estos dos actores que se originan a fines del siglo XX.

Sin dudas, los acontecimientos de diciembre de 2001 son un punto de inflexión en la historia reciente de nuestro país, permitiéndonos visualizar, entre otras cosas, procesos de reconstitución del tejido social y nuevas identidades que se fueron generando en los últimos años de la década del noventa. La constitución de nuevos actores sociales y la reformulación de otros es fruto de un proceso de resistencia y lucha iniciado en la década del noventa en la Argentina, producto de las transformaciones socioeconómicas operadas desde el inicio de la última dictadura militar, y profundizadas durante la era “neoliberal”; cuyas principales víctimas fueron los sectores populares. En este sentido, sus demandas forman parte de la cadena equivalencial que conformó el movimiento “dosmilunero” inscripto en el escenario de diciembre del 2001.

Así, ante este escenario, en el nuevo siglo, se ensayan diversas formas de construir las interacciones entre la sociedad política y la sociedad civil. Si en los años noventa se desarrolló el modelo de privatización de lo social, una década después conoceremos el modelo participativo selectivo. En este sentido, el modelo democrático participativo tuvo como rol re-fundar el sistema, fortaleciéndolo con nuevos mecanismos, que llegaron para renovar un modelo que caducaba. Es preciso recordar que el modelo democrático liberal se sustenta a partir de la legitimidad posibilitadora de la necesaria legalidad.

Así se ensayaron y pusieron en práctica distintos esquemas que suponían sumar miradas y oír más voces; en este marco, y apenas creado el PSSyPR, en el 2003, se constituye el Consejo Asesor del Programa. De la misma manera, se genera el espacio de monitoreo social, con importantes avances en torno a la construcción de un espacio institucional y sistemático tendiente a analizar los resultados de los monitoreos llevados a cabo por el propio Programa y por el Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos (CoNDeRS).

En INDESO, Noemí Chiarotti, nos comentaba sobre este espacio: “[...] en realidad tiene que ver con cuestiones de salud... Las reuniones son mensuales, se convocan desde el

mismo Ministerio de Salud... Generalmente, ya quedamos de antes cuándo va a ser..., y se manda la síntesis... de la reunión anterior y... son muy abiertos para lo que se trata en las reuniones. Nosotros vamos con propuestas, por ahí hay propuestas que son desde el mismo Estado...”.

Amichiardi, de INSGENAR, por su parte, señalaba: “[...] hay un abanico de posibilidades... Y bueno, trabajamos en aportar miradas... a cambios curriculares, a trabajos de investigación... Ahora tuvimos períodos que pudimos trabajar muchísimo, y lo que sí, este último tiempo, se dio que pudimos trabajar con una continuidad, o sea, nos encontramos una vez al mes...”.

El consejo viene a cubrir una demanda: el control de las políticas públicas sanitarias, habilitando la participación de las organizaciones en temas hasta ese momento vedados a la sociedad civil. Como hemos señalado, los riesgos sociales, en esta área se incrementaron a partir de las reformas que condujeron a la disminución de las funciones del gobierno nacional, y en este sentido, el sistema sanitario se provincializó, formando ahora parte de la agenda de los gobiernos subnacionales.

Así, a partir de distintas experiencias, la coyuntura nos invita a observar las múltiples expresiones que re-fundan la democracia representativa en tanto garantista de la economía capitalista. En este sentido, la reproducción de los espacios de participación son organizados en torno a un sistema institucional que compite por el voto de individuos que solicitan el respeto de sus derechos esenciales y la alternancia en el poder, pensando en un modelo de negociación, responsabilidad y competencia.

Existen serias dificultades de posibilitar la reconstrucción de un sistema democrático que no comprende el rol fundamental que juega la política en la constitución de los actores políticos, tal es el caso de los sucesos del 2001. Asimismo, desde el modelo democrático radical, creo en la necesidad de una pluralidad de voces a las que se les permita expresarse, y el requerimiento de una ampliación del campo de las luchas democráticas hacia la sociedad civil en detrimento de la construcción de un modelo homogéneo consensual.

En síntesis, para los democráticos radicales, pensar en un sistema democrático real implica pensar en mujeres y varones con discursos y formas de vida que fomenten la identificación con una democracia real.

En este contexto, la relación entre el gobierno local y la sociedad civil, o más específicamente, las OS, es mucho más compleja, y va mucho más allá de la generación de políticas públicas participativas. El lazo que los vincula supone, entre otros atributos, la presencia de una combinación peculiar de desigualdad y asimetría de poder. En esta interacción, se evidencian las modificaciones sufridas por la dinámica representativa; particularmente, en los ámbitos locales, en términos de identidad personal y sentimientos y obligaciones interpersonales.

Sin embargo, el reencantamiento con la política por parte de algunos actores sociales sería posible si se lograra solucionar la eterna lucha entre igualdad y libertad inherente al concepto de democracia. Esta puja podría ser aliviada mediante la reconstrucción de los lazos de solidaridad, o bien mediante la reconstrucción del rol que tradicionalmente se le confirió a la sociedad política, el retorno de un Estado que pueda apoyar los riesgos sociales que se deben afrontar mediante las distintas instituciones: el mercado, la sociedad política y la sociedad civil; en esta última, encontramos a las OS, como actores claves en la reconstrucción social y en el diseño de estrategias que amplíen los márgenes de equidad.

Las distintas experiencias en gestión, mediante políticas innovadoras, muestran al gobierno del Municipio de Rosario como una unidad de gestión promotora de una nueva forma de hacer y pensar la política, con un proyecto, la democracia participativa. La idea que motorizó los cambios en la gestión fue la necesidad de lograr rediseñar el modelo democrático, pensando en la participación como un recurso para renovar el sistema en crisis. Así, en este contexto el gobierno local asume la tarea de consolidar las instituciones democráticas, cobrando vital importancia la contribución que pueden realizar las políticas públicas a la promoción de la articulación de actores y el desarrollo de las capacidades endógenas.

Se supone que todo territorio contiene un potencial de recursos humanos, institucionales, económicos y socioculturales que pueden llegar a ser utilizados provechosamente si son adecuadamente articulados por una gestión responsable desarrollada, formulada e implementada por los actores institucionales locales. En este sentido, las políticas de desarrollo local requieren de una trama de actores locales, estatales, de la sociedad civil y del sector privado, comprometidos con el proyecto de desarrollo de la

localidad y que cuenten con capacidades institucionales, grados de autodeterminación, y recursos suficientes para desempeñar adecuadamente este papel.

Así, la gestión de los riesgos en el Municipio de Rosario, nos comentaba la Dra. Pini: “[...] va adquiriendo cierta coherencia [...], las políticas públicas del gobierno siempre tiene la impronta de la autonomía...”.

Esta revalorización de lo local reconoce dos caras: por un lado, se revela como un ámbito que permite hallar nuevas respuestas al problema del desarrollo en el marco de la globalización, y por otro lado, se presenta como una escala humana que favorece una mayor cercanía y proximidad para las prácticas democráticas

De esta manera, sintetizaremos señalando que, en el caso aquí analizado, el proceso de descentralización, y luego las experiencias participativas posteriores a diciembre del 2001, muestran al gobierno municipal como una unidad de gestión que promueve la vinculación directa de la ciudadanía. La idea directriz de la gestión fue lograr un gobierno más cercano y con apertura hacia la participación ciudadana; además de la necesidad de diseñar un nuevo modelo de desarrollo para la ciudad, más democrático y armónico, capaz de superar los desequilibrios territoriales.

En este mismo nivel de análisis, las políticas, las decisiones y las prácticas entendidas como gestión de los riesgos sociales, instrumentalizadas desde los gobiernos locales pretendiendo generar proximidad con la población, vienen a completar la tríada democrática formal: “transición democrática-consolidación-democracias participativas”; de esta manera, con matices, la democracia liberal impregna las formas de hacer y pensar la política.

Así, la gestión adopta el modelo democrático participativo, retomando lo específico del enfoque deliberativo, es decir, promover cierta racionalidad normativa, otorgar cierta legitimidad a la democracia liberal reconciliando la idea de soberanía popular con las instituciones liberales; el objetivo no es abandonar el liberalismo, sino establecer un vínculo más estrecho entre éste y la democracia.

De esta manera, el CoNDeRS, en relación al PSSyPR, viene a generar ese necesario aval que da sustento a esta política. A partir de nuestros hallazgos empíricos, vemos la escasa proximidad de los efectores con las OS de base, hecho que impide la posibilidad de la participación ciudadana en las problemáticas sanitarias de modo masivo, así como

también se omite la posibilidad de una evaluación procesual de la implementación del programa.

Entre algunas de las cuestiones que me interesa destacar se encuentra la siguiente: la participación ciudadana se encuentra comprendida desde la normativa, sin embargo, territorialmente, no se encontraron espacios de debate excepto en dos centros de salud, el 20 de Junio, el centro de salud del CMDS y algunas actividades puntuales generadas por la dirección el centro de salud del CMDN; no encontramos participación genuina de la sociedad civil en el ámbito distrital donde se ubica el primer nivel de atención en salud.

En este sentido, desde el INSGENAR (respecto a la participación en el marco del PSSyPR), señalaban: “[...] no me parece que haya un abanico de miradas, de voces, hay momentos en que se puede articular esta posibilidad de miradas de voces para [...]. Pero me parece que es un espacio que invita a acompañar a sugerir”.

Desde INDESO, al describir la dinámica participativa, nos contaban: “[...] las reuniones son mensuales, se convocan desde el mismo Ministerio de salud, viste, de la secretaría, digamos, nos mandan la invitación por mail. En general, la respuesta es por teléfono, a veces, pero, generalmente ya quedamos de antes cuándo va a ser. Entonces, cercana a la fecha, se vuelve a mandar la síntesis, el acta de la reunión anterior, se manda por mail a todos y bueno..., eh..., y para las semanas siguientes y después...”.

Quizás alguna respuesta a la relación con las OS de base y su posibilidad de participación puede ser encontrada en los dichos del director del CMDN: “nosotros, en principio, trabajamos con todas las organizaciones sociales que trabajan en el barrio, lo que pasa que cada vez hay menos participación en las organizaciones sociales, y están cooptadas, por ahí, por algunos partidos políticos para algunos fines claros, y les cuesta romper esa estructura. Nosotros, lo que hacemos, es tratar de trabajar con la gente más que nada, la organización social nos parece un medio interesante y nos parece interesante porque genera más voces con diferentes pensamientos, que eso para nosotros siempre es interesante. Hay organizaciones que son afín al partido político oficialista, que están en la Municipalidad de Rosario, y organizaciones que no, pero nosotros no tratamos de... trabajar en disidencia con aquel que trabaje con otro partido político...”.

Cuando observamos el sistema democrático vigente, encontramos importantes similitudes con el esquema democrático agregativo propuesto por Shumpeter y Dahl. Así,

desde éste se piensa en la transición como punto de partida para la construcción de un gobierno democrático consolidado que se sostiene a partir del cumplimiento de ciertos requisitos consensuados. De este modo, la democracia devino en un bien preciado que nos dejaron conseguir, “un sistema de reglas de juego”, procedimientos, instituciones, pero aún es un modelo en construcción.

Sintetizando, junto a Laclau y Mouffe, no tengo dudas que es “en la extensión de las luchas democráticas al conjunto de la sociedad civil y la sociedad política donde reside la posibilidad de una estrategia hegemónica de la izquierda si se quiere fundar una práctica política plenamente instalada...” (Laclau y Mouffe, 2004: 222).

¿Cuál es el camino a seguir? Debemos trabajar en construir procesos sociales que generen mejores condiciones de vida, hacia aquí se debe mirar y generar apoyos diversos; en consecuencia, nuestra prioridad debería ser la generación de procesos intersectoriales que promuevan una democracia real.

Bibliografía

AAVV, 2009-2010 (2008), *IV Congreso Iberoamericano de Estudios de Género*, UNR, Rosario. Disponible en: <www.congresodegenero.org>.

AAVV, 2003, “Las características generales de la información contenida en la base de datos del CENOC”, informe del CENOC, Buenos Aires: CENOC.

ABOY CARLÉS, Gerardo, 2001, *Las dos fronteras de la democracia argentina. La reformulación de las identidades políticas de Alfonsín a Menem*, Rosario: Homo Sapiens.

ABOY CARLÉS, Gerardo, 2005, “Populismo y democracia en la Argentina Contemporánea. Entre el hegemonismo y la refundación”, en *Revista Estudios sociales*, Santa Fe, N° 28.

ACUÑA, Carlos, 2007, “Debatiendo los obstáculos y las debilidades de la incidencia de la sociedad civil sobre las políticas públicas” (entrevista), en *Revista Iberoamericana de Análisis Político*, Buenos Aires, año 4, N° 6-7, octubre.

ACUÑA, Carlos y VACCHIERI, Ariana (comps.), 2007, *La incidencia política de la Sociedad Civil*, Buenos Aires: Siglo XXI.

ALLUB, Leopoldo, 1974, “Estado y sociedad civil: patrón de emergencia y desarrollo del Estado Argentino (1810-1930)”, en *Cuadernos del CES*, México, Vol. 6.

ALONSO, Guillermo, 2007, *Capacidades estatales, instituciones y política social*, Buenos Aires: Prometeo.

ÁLVAREZ, Sonia, 1998, *Trans/national Feminist Advocacy Strategies and Cultural Politics in Latin America*, Santa Cruz: Universidad de California.

ANDRENACCI, Luciano, 2003, “Imparis Civitatis. Elementos para una teoría de la ciudadanía desde una perspectiva histórica”, en *Revista Sociohistórica*, La Plata, N° 13-14. La Plata, UNDLP, pp. 2-10.

ANNUNZIATA, Rocío, 2007, “Participación en el ámbito local: una gran apuesta del presente: la experiencia de la ‘Democracia de Proximidad’ en el Municipio de Morón”. Ponencia presentada en las IV Jornadas de Jóvenes Investigadores Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 19 al 21 de septiembre de 2007.

ANZORENA, Claudia, 2008, “¿Madres más eficientes o mujeres más autónomas?: mujeres de sectores populares, políticas focalizadas y educación”. Ponencia presentada en las IX Jornadas de Historia de las Mujeres. IV Congreso Iberoamericano de Estudios de Género. “Los caminos de la libertad y la igualdad en la diversidad”, Universidad Nacional de Rosario, Rosario.

ARENDDT, Hannah, 1972, “Civil Disobedience” y “On violence”, en ARENDT, Hannah, *Crises of the republic*, Orlando, FL: Harcourt, Brace & Co.

ARENDDT, Hannah, 1992, *Sobre la revolución*, Buenos Aires: Alianza.

ARENDDT, Hannah, 2002, *La vida del espíritu*, Buenos Aires: Paidós.

ARFUCH, Leonor, 2005, *Identidades, sujetos y subjetividades*, Buenos Aires: Prometeo.

AROCENA, José, 1997, “Lo global y lo local en la transición contemporánea”, en *Cuadernos del CLAEH*, Montevideo, N° 78-79.

ARRIAGADA, Irma, 1997, “Políticas Sociales, Familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo”, en serie *Políticas sociales*, Santiago de Chile: CEPAL, N° 21 (LC/L.1058-P).

ARROYO, Daniel, 1997, *Los Ejes centrales del desarrollo en la Argentina*, Buenos Aires: FLACSO.

ARROYO, Daniel, 1998, “Estilo de gestión y políticas sociales municipales en Argentina”, en “Políticas Públicas y Desarrollo Local”, en VENESIA, Juan Carlos (comp.) *Políticas Públicas y Desarrollo Local*, Rosario: FLACSO, Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario, Instituto de Desarrollo Regional, pp. 39-40.

ARROYO, Daniel, 2012, *Los cinco desafíos para la política social de los próximos años*, Buenos Aires: Observatorio Social.

AURELIO ALONSO TEJADA: El concepto de la sociedad civil en el debate contemporáneo, *Revista Indagaciones*, año 2001.

AUYERO, Javier, 2002, “Los cambios en el repertorio de la protesta social en la Argentina”, en *Desarrollo Económico*, Buenos Aires, Vol. 42, N° 166, julio-septiembre.

AUYERO, Javier, 2004, *Clientelismo político, las caras ocultas*, Buenos Aires: Capital Intelectual.

BALBIS, Jorge, 2001, "ONG's, gobernancia y desarrollo en América Latina y el Caribe". Documento base del Seminario Regional de América Latina y el Caribe "ONG's, Gobernancia y Desarrollo en América Latina y el Caribe", noviembre de 2001, Montevideo, Uruguay.

BARBER, Benjamín, 2004, *Democracia fuerte*, Madrid: Almuzara.

BARBIERI, Teresita, 1993, "Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica", en *Debates en Sociología*, Lima, N° 18.

BARRIG, Maruja, 1997, "De Cal y Arena: ONGs y Movimiento de Mujeres en Chile". Informe de Consultoría para Fundación Ford, Santiago de Chile. Mimeo.

BARROS, Sebastián, 2004, "La especificidad inclusiva del populismo". Ponencia presentada al 6° Congreso Nacional de Ciencia Política, SAAP, Universidad Nacional de Rosario.

BARROS, Sebastián, 2006, "Espectralidad e inestabilidad institucional. Acerca de la ruptura populista", en *Estudios Sociales*, Santa Fe, año XVI, primer semestre 2006.

BAUMAN, Zygmunt, 2000, *Modernidad Líquida*, Buenos Aires: FCE.

BELL, Daniel, 2001, "La vida transparente. Metrópolis", en Revista *Contratiempo*, Buenos Aires, año 1, N° III, primavera-verano, 2001-02.

BELLIGNI, Silvano, 1987, "Corruzione e scienza politica: una riflessione agli inizi", en *Teoría Política*, Milán, N° 1, pp. 61-88.

BELMARTINO, Susana y otros, 2002, *La reforma de la atención médica en argentina*, en *Seminario IV*, Buenos Aires: CEDES.

BIFARELLO, Mónica, 1998, "La gestión mixta de políticas sociales: el caso de Rosario, Argentina", ponencia presentada en la Tercera Conferencia de la Sociedad Internacional de Investigación para el Tercer Sector (ISTR), Ginebra, Suiza, 8-11 de julio de 1998.

BOBBIO, Norberto, 1984, *El futuro de la democracia*, México: FCE.

BOISIER, Sergio, 2001, "Desarrollo (local): ¿de que estamos hablando?", en MADOERY, Oscar y VÁZQUEZ BARQUERO, Antonio (eds.) *Transformaciones globales, instituciones y políticas de desarrollo local*, Rosario: Homo Sapiens.

BOMBAL, Inés y CAMPETELLA, Andrea, 2000, "Teorías sobre la evolución de la sociedad civil". Ponencia presentada en el 1° Encuentro de la red de investigación del tercer

sector de América Latina y el Caribe, Caracas.

BORJA, Jordi y CASTELLS, Manuel, 1997, *Local y Global. La gestión de las ciudades en la era de la información*, Barcelona: Taurus.

BORÓN, Atilio, 2000, *Democracia y Ciudadanía*, Rosario: Homo Sapiens.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos y CUNILL GRAU, Nuria, 1998, “Entre el Estado y el mercado: lo público no estatal”, en BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos y CUNILL GRAU, Nuria (eds.), *Lo público no estatal en la reforma del Estado*, Buenos Aires: CLAD, Paidós.

BOURDIEU, Pierre, 1999, *Contrafuegos*, Barcelona: Anagrama.

BUSTELO, Eduardo, 1995, “El abrazo”, en *Oikos. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas*, Buenos Aires, Año 3, N° 9, pp. 25-33. Buenos Aires: Ediciones UBA.

BUSTELO GRAFFIGNA, Eduardo, 1998, “Pobreza moral. Reflexiones sobre política social amoral y la utopía posible”. Trabajo presentado al en el Seminario Internacional sobre Pobreza, Enfoques, Conceptos y Alternativas de Medición, organizado por la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia y el Centro de Investigación y Educación Popular, Santa Fé de Bogotá, de octubre de 1998.

BUSTELO, Eduardo y MINUJIN, Alberto, 1998, *Todos entran: propuesta para sociedades incluyentes*, Buenos Aires: Unicef-Santillana.

BUTLER, Judith, 2001, *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, Buenos Aires: Paidós.

BUTLER, Judith, 2006, *Deshacer el Género*, Buenos Aires: Paidós.

CALVO, Ernesto y ESCOLAR, Marcelo, 2005, *La nueva política de Partidos en la Argentina. Crisis política, realineamientos partidarios y reforma electoral*, Buenos Aires: Editorial Prometeo.

CANSINO, César, 1997, “Corporativismo y democracia. Una entrevista con Philippe Schmitter”, en *Este país*, México, N° 70.

CABRERO, Enrique, 2004, “Cogestión gobierno-ciudadanía en programas de bienestar social en el espacio municipal. Un balance preliminar”, en ZICCARDI, A. (comp.) *Participación ciudadana y políticas sociales en el ámbito local*, México: UNAM.

CARBAJALES, Juan José y GASOL, Claudia, 2008, “La gestión internacional de

las provincias en el marco del sistema federal argentino y a la luz de sus propias constituciones”, en Iglesias, Eduardo (ed.), *Las provincias argentinas en el escenario internacional. Desafíos y obstáculos de un sistema federal*, Buenos Aires: PNUD.

CARDARELLI, Graciela y ROSENFELD, Mónica, 1998, *Las participaciones de la pobreza*, Buenos Aires: Paidós.

CARDARELLI, Graciela y ROSENFELD, Mónica, 2002, “La gestión asociada: Una utopía realista”, trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Políticas Sociales, UNQ, Quilmes.

CARMONA, Rodrigo, ROFMAN, Adriana, GONZÁLEZ CARVAJAL, Lara, ADARO, Cristian, 2011, “Sistemas políticos territoriales a nivel local y políticas de descentralización”. Disponible en: <www.urbared.ungs.edu.ar/2011>. Última fecha de acceso: 20/11/2011.

CAROZZI, Silvana y RITVO, Juan (comps.), 2001, *El Desasosiego*, Rosario: Homo Sapiens.

CASTEL, Robert, 1995 “De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso”, en Revista *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, Madrid, N° 21.

CASTEL, Robert y otros, 2001, *Cinco conferencias*, Buenos Aires: Manantial.

CASTORINA, Emilia, 2010, “Transición democrática o transición neo-liberal”, en EMILIOZZI, Sergio; PECHENY, Mario y UNZUÉ, Martín (comps.), 2010, *La dinámica de la democracia de la democracia*, Buenos Aires: Prometeo, pp. 51-80.

CASTORINA, José Antonio y BARREIRO, Alicia, 2006, “Las representaciones sociales y su horizonte ideológico, una relación problemática”, en *Boletín de Psicología*, Valencia, N° 86, marzo, pp. 7-25.

CAVAROZZI, Marcelo, 1997 (1991) “Más allá de las transiciones a la democracia en América Latina”, en *El Capitalismo Político Tardío y su Crisis en América Latina*, Rosario: Homo Sapiens.

CAVAROZZI, Marcelo, 2000, “Modelos de desarrollo y participación política en América Latina: legados y paradojas”; en KLIKSBURG, Bernardo y TOMASSINI, Luciano (comps.) *Capital social y cultura: claves estratégicas para el desarrollo*, Buenos Aires: FCE.

CAVAROZZI, Marcelo y ABAL MEDINA, Juan (comps.), 2002, *El asedio a la*

política, Rosario: Homo Sapiens.

CENOC (Centro Nacional de Organización de la Sociedad Civil), 2003. Documento publicado por el Ministerio de Desarrollo Social, Presidencia de la Nación, Argentina.

CEPAL, 2006, *La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad*, Santiago de Chile: CEPAL.

CERRUTTI, Marcela y BINSTOCK, Georgina, 2009, “Familias en transformación: desafíos y demandas para la acción política”, en serie Políticas Sociales, Chile: CEPAL/UNFPA Chile, N° 147.

CHIARA, Magdalena, 1999, “La política social en el conurbano bonaerense: una mirada de su implementación desde lo local”, en *Cartilla de desarrollo local*, Buenos Aires, N° 3, UNGS (ICO).

CHIARA, Magdalena *et al.*, 2000, *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el conurbano bonaerense*. Los Polvorines: ICO-UNGS.

CHUIT, Roberto e IGLESIAS, Marcelino, 2004, “Modelos provinciales de salud”, trabajo presentado en CEDES, Seminario VII, en noviembre de 2004.

CIPPEC, 2007, “Espacios de participación en salud”. Informe de aprendizaje del proyecto. Disponible en: <www.cippec.org/Main.php?do=documentsDoDownload&id=206>.

COHEN, Jean y ARATO, Andrew, 2000, *Sociedad civil y teoría política*, Buenos Aires: FCE.

COHEN, John M. y PETERSON, Stephen B., 1997, “Administrative Decentralization: A New Framework for Improved Governance, Accountability, and Performance”, en *Development Discussion Paper*, Harvard, N° 582, Harvard Institute for International Development.

COLOMBO, Ariel Héctor, 2011, “Justificación de la desobediencia civil”. Disponible en: <www.insumisos.com/lecturas>. Última fecha de acceso: abril de 2011.

CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LA POBLACIÓN Y DESARROLLO DE EL CAIRO, 1995 (1994), “Informe de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing”. Documento firmado por cerca de 200 países, incluido Argentina.

CORREIA, María, 1999, *Las relaciones de género en la Argentina. Un panorama sectorial*, Buenos Aires: Banco Mundial.

CORZO FERNÁNDEZ, Susana, 2002, “El clientelismo como intercambio”. Documento de Trabajo, Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials, N° 206. Disponible en la página web del Instituto de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Autónoma de Barcelona.

CRAVINO, María Cristina, 2000, “La gestión de las políticas para el sector salud en el ámbito local en el contexto de la reforma del Estado”, en CHIARA, Magdalena; DI VIRGILIO, María Mercedes; CRAVINO, María Cristina y CATENAZZI, Andrea, *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Informe de Investigación*, Buenos Aires, N° 9, UNGS (ICO), pp 73-90.

CUNILL GRAU, Nuria, 1995, “La rearticulación de las relaciones Estado-SOC: en búsqueda de nuevos sentidos”, en la *Revista del CLAD, Reforma y democracia*, Caracas, N° 4.

DABAS, Elina Y NAJMANOVICH, Denise. (comp.), 1999, *Redes, el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y fortalecimiento de la Sociedad Civil*, Buenos Aires: Paidós.

DABAS, Elina y NAJMANOVICH, Denise (comp.), 1999, *Redes, el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y fortalecimiento de la Sociedad Civil*, Buenos Aires: Paidós.

DABAS, Elina y PERRONE, Néstor, 1999, “Redes en salud”. Disponible en: <<http://www.fcm.uncu.edu.ar/medicina/posgrado/inssjp/lectura/Modulo%202.8%20Redes%20en%20salud.pdf>>. Última fecha de acceso: 9 de julio de 2009.

DAGNINO, Evelina, OLVERA RIVERA, Alberto y PANFICHI, Aldo, 2006, *La disputa por la construcción democrática en América Latina*, México: FCE.

DAHL, Robert, 1998, *La democracia. Una guía para ciudadanos*, Buenos Aires: Taurus.

DELAMATA, Gabriela (comp.), 2005, *Ciudadanía y Territorio*, Buenos Aires: Espacio editorial.

DE PIERO, Sergio, 2005, *Organizaciones de la Sociedad Civil*, Buenos Aires: Paidós.

DOS SANTOS, Mario (comp.), 1992, *¿Qué queda de la representación política?*, Caracas: CIACSO/Nueva Sociedad.

DUSSAULT, Gilles, 1995, “La epidemiología y la gestión de los servicios de salud”, en *Boletín Epidemiológico*, Quebec, Canadá, Vol. 16, Facultad de Medicina, Universidad de Montreal.

EMILIOZZI, Sergio; PECHENY, Mario y UNZUÉ, Martín, (comps.), 2007, *La Dinámica de la democracia*, Buenos Aires: Prometeo.

ESPING-ANDERSEN, Gosta, 2000, *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Barcelona: Ariel.

ESPOSITO, Roberto, 2006, *Categorías de lo impolítico*, Buenos Aires: Katz.

FARINETTI, Marina, 1999, “¿Qué queda del ‘movimiento obrero’? Las formas del reclamo laboral en la nueva democracia argentina”, en Trabajo y Sociedad. Indagaciones sobre el empleo, la cultura y las prácticas políticas en sociedades segmentadas, Santiago del Estero, vol. I, N° 1, junio-septiembre.

FERNÁNDEZ, Arturo, 1994, *Movimiento de mujeres y pobreza en América Latina*, Rosario: Homo Sapiens.

FERNÁNDEZ, Oscar, 1997, “Los avatares de la noción de sociedad civil”, en *boletín electoral latinoamericano*, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, N° XVII, enero-junio.

FILMUS, Daniel, 1997a, “La descentralización educativa en argentina: elementos para el análisis de un proceso abierto”, trabajo presentado en el Coloquio Regional sobre Descentralización de la Educación en América Central, Cuba y República Dominicana, realizado en San José de Costa Rica, 3 al 5 de noviembre de 1997, organizado por CLAD; Países Bajos. Gobierno Nacional; Costa Rica, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica; Costa Rica, Ministerio de Educación Pública.

FILMUS, Daniel (coord.), 1997b, *Acerca de la constitución del tercer sector*, Buenos Aires: CENOC.

FORD, Alberto, 2007, “Incoherencias, discontinuidades y multicausalidad de las políticas participativas”. Ponencia presentada en el Congreso de Administración Pública, Buenos Aires. Mimeo.

FORD, Alberto; PINILLOS, Cintia; SASSAROLLI, Valeria y VENTICINQUE, Valeria, 2009, “La participación ciudadana en el control de gestión de las políticas públicas municipales. El caso de la ciudad de Rosario”, en BLUTMAN, Gustavo (coord.), *Estado y*

Políticas Públicas: el Estado después de los 90, Buenos Aires: Ediciones Cooperativas.

FRASER, Nancy, 1997, “Iustitia interrupta. Reflexiones críticas desde la posición ‘postsocialista’”, en *¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época “postsocialista”*. Santa Fe de Bogotá: Siglo de Hombres Editores.

FRASER, Nancy, 1997, *¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época “postsocialista”*, Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

FUNG, Archon y WRIGHT, Erik Olin, 2003, *Democracia en Profundidad. Nuevas formas institucionales de gobierno participativo con poder de decisión*, Bogotá: Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Colombia.

GARCÍA, Carmen Teresa y VALDIVIESO, Magdalena, 2006 (2005), “Una aproximación al Movimiento de Mujeres en América Latina de los grupos de autoconciencia a las redes nacionales y transnacionales”, en *Revista OSAL*, Buenos Aires: CLACSO, año VI, N° 18, septiembre-diciembre 2005.

GARCÍA DELGADO, Daniel, 1990, *Estado y sociedad*, Buenos Aires: Tesis Grupo Editorial.

GARCÍA DELGADO, Daniel, 1997, “Crisis de Representación, Nueva ciudadanía y Fragmentación en la democracia argentina”, en *Desarrollos de la Teoría Política Contemporánea*, Rosario: Homo Sapiens.

GARCÍA DELGADO, Daniel, 1998, *Estado y Sociedad*, Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.

GARCÍA DELGADO, Daniel, 2003, *El Estado-Nación y la crisis del modelo*, Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.

GARCÍA DELGADO, Daniel y DE PIERO, Sergio, 2003, “Los cambios recientes en la sociedad argentina”, en IKEI, Lidia Verónica *et al.*, *Acerca de la Constitución del Tercer Sector en Argentina*. Informe del CENOC, Buenos Aires: CENOC.

GARGARELLA, Roberto y PRZEWORSKI, Adam (prologuista), 1995, *Nos los representantes: crítica a los fundamentos del sistema representativo*, Buenos Aires: Miño y Dávila.

GARRETÓN, Manuel, 2002, “La transformación de la acción colectiva en América Latina”, en *Revista de la CEPAL*, Santiago de Chile, N° 76, abril.

GAVEGLIO, Silvia y MANERO, Edgardo (comps.), 1999 (1996), *Desarrollo de la*

teoría política contemporánea, Rosario: Homo Sapiens Ediciones.

GEARY, Mirta; MOSKAT, Vladimir; ORTA, Melisa y BELAVI, Guillermina, 2010, “La política pública de los residuos sólidos urbanos en la ciudad de rosario: pasado y presente”, ponencia presentada ante el Congreso sobre democracia, FCPyRRII, UNR, Rosario.

GIARRACA, Norma y GRASS, Carla, 2001, “Conflictos y protestas en la Argentina de finales de siglo XX, con especial referencia a los escenarios regionales y rurales”, en GIARRACA, Norma, 2001, *La protesta social en la Argentina. Transformaciones económicas y crisis social en el interior del país*. Buenos Aires: Alianza Editorial.

GIAVEDONI, José, 2008, “Informe de avance realizado por La Fundación Ejercicio Ciudadano y La Facultad de Ciencia Política y RR.II”, Rosario: trabajo facilitado por el autor.

GOLDFRANK, Benjamin, 2006, “Los Procesos de Presupuesto Participativo en América Latina: Éxito, fracaso y Cambio”, en *Revista de Ciencia Política*, Santiago, Vol. XXVI.

GOLDFRANK, Benjamin, 2007, “De la ciudad a la nación, la democracia participativa y la izquierda latinoamericana”, en *Revista Nueva Sociedad*, Buenos Aires, N° 212. Disponible en <www.nuso.org>.

GONZÁLEZ BOMBAL, Inés y CAMPETELLA, 1998, “Teorías sobre la evolución de la sociedad civil: Argentina ¿siempre un caso atípico?”. Ponencia presentada en el I Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de ISTR, Río de Janeiro, abril 1998.

GONZÁLEZ BOMBAL, Inés y VILLAR, Rodrigo (comps.), 2003, *Organizaciones de la sociedad civil e incidencia en políticas públicas*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

GRAMSCI, Antonio, 1975, “Notas sobre Maquiavelo, sobre Política y sobre el Estado Moderno”, en *Cuadernos de la cárcel. Obras de Antonio Gramsci. Tomo I*, México: Juan Pablos Editor.

GRAMSCI, Antonio, 1985, *La política y el Estado contemporáneo*, Buenos Aires: Planeta Agostini.

GRASSI, E., 2000, “Procesos político-culturales en torno al trabajo. Acerca de la problematización de la cuestión social en la década del `90 y el sentido de las “soluciones

propuestas”, Revista Sociedad, N° 16, Facultad de Ciencias Sociales (2000)

GRASSI, Estela, 2003, “Política, cultura y sociedad: la experiencia neoliberal en la Argentina”, en LINDENBOIM, Javier y DANANI, Claudia., *Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*, Buenos Aires: Biblos.

GROPPER, Daniel, 2002, *El sector religión en la Argentina: su importancia como empleador y como generador de actividad económica*, Buenos Aires: CEPAL. También disponible en: <<http://lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/gropper.pdf>>.

GUERRA DE MACEDO, Carlyle, 1984, *Lista Discursos Dr. Carlyle Guerra de Macedo*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

HABERMAS, Jurgen, 1989, *Teoría de la acción comunicativa. Tomo II*, Buenos Aires: Taurus.

HABERMAS, Jurgen, 1992, *Facticidad y validez. Sobre el derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso*, Madrid: Trotta.

HABERMAS, Jurgen, 1998, en *Problemas de Legitimación en el capitalismo tardío*, Buenos Aires: Amorrortu, pp. 16-18.

HABERMAS, Jurgen, 1999, “Democracia deliberativa”, en *La inclusión del otro. Estudios de teoría política*, Barcelona: Paidós.

HARTMANN, Heidi, 1987, “El infeliz matrimonio entre marxismo y feminismo”, en *Cuadernos del Sur*, Buenos Aires, N° 5.

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich, 1955, *Filosofía del derecho*, Buenos Aires: Claridad.

HELER, Mario, 2005, *Ciencia Incierta*, Buenos Aires: Editorial Biblos.

HTUN, Mala N., 1998, “Participación, representación y liderazgo político de la mujer en América Latina”, informe elaborado para el Centro Internacional para el Desarrollo de la Mujer, Estados Unidos.

IAZZETTA, Osvaldo, 2007a, “Democracia y participación ciudadana. Viejos y nuevos desafíos”. Mimeo, trabajo no publicado facilitado por el autor.

IAZZETTA, Osvaldo, 2007b, *Democracias en busca de Estado*, Rosario: Homo Sapiens.

ICO (Insitituto del Conurbano), 2011, “Documentos PID”, Buenos Aires: ICO. Mimeo.

IGLESIAS, Esteban, 2008, “Democracia y protesta social: un análisis sobre la dimensión social de la democracia”, en *Revista SAAP*, Buenos Aires, Vol. 3, N° 2, junio, pp. 395-415.

IGLESIAS, Esteban, 2009, “Pensar la protesta en la Argentina democrática”, en *Temas y debates*, Rosario, año 13, N° 17, agosto.

IGLESIAS, Esteban, 2010, *Democracia y protesta social*, Rosario: Laborde Editor.

INSGENAR, (2009) *Con todo al aire 2*, Buenos Aires: Unidad tres.

JELIN, Elizabeth, 1996a, “¿Ciudadanía emergente o exclusión? Movimientos sociales y ONG en América Latina en los años 1990”, en *Revista Sociedad*, Buenos Aires, N° 8.

JELIN, Elizabeth, 1996b, *Las mujeres y la cultura ciudadana en América Latina*, Buenos Aires: UBA-CONICET. (Documentos PRIGEPP, 2006.)

JELIN, Elizabeth, 1997, “Igualdad y diferencia: dilemas de la ciudadanía de las mujeres en América Latina”, en *Ágora: Cuadernos de estudios políticos*, Buenos Aires, año 3, N° 7: “Ciudadanía en el debate contemporáneo”.

JELIN, Elizabeth, 1998, *Pan y afectos. La transformación de las familias*, Buenos Aires: Fondo de cultura Económica.

LACLAU, Ernesto, 1978, “Hacia una teoría del populismo”, en *Política e ideología en la teoría marxista. Capitalismo, fascismo, populismo*, Madrid: Siglo Veintiuno.

LACLAU, Ernesto y MOUFFE, Chantal, 1987, *Hegemonía y estrategia socialista*, Madrid: Siglo XX.

LACLAU, Ernesto, 1993, *Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

LACLAU, Ernesto, 1996, *Emancipación y diferencia*, Buenos Aires: Ariel.

LACLAU, Ernesto, 2005, *La razón populista*, Buenos Aires: FCE.

LACLAU, Ernesto y MOUFFE, Chantal, 1987, *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*, Madrid: Siglo Veintiuno.

LECHNER, Norbert, 1995, “¿Por qué la política ya no es lo que fue?”, en *Nexos*, México, Vol. XVIII, N° 216, diciembre.

LECHNER, Norbert, 1999, “Las condiciones sociopolíticas de la ciudadanía”, conferencia de clausura del IX Curso Interamericano de Elecciones y democracia, realizado en México, CAPEL, noviembre de 1999.

LECHNER, Norbert, 2007, “Conversaciones a través del tiempo”, ponencia presentada en el seminario “Pensar lo real y lo (im)posible: la construcción del orden social. Actualidad del pensamiento de Norbert Lechner”, realizado en Santiago de Chile, 14 y 15 de junio de 2007.

LEFORT, Claude, 1990, *La invención democrática*, Buenos Aires: Nueva Visión.

LEIRAS, Marcelo, 2007, “La incidencia de las organizaciones de la sociedad civil en las políticas públicas. Definiciones, explicaciones y evaluaciones de la literatura especializada local e internacional”, en ACUÑA, Carlos y VACCHIERI, Ariana (comps.), *La incidencia política de la Sociedad Civil*, Buenos Aires: Siglo XXI.

LERNER, Josh y SCHUGURENSKY, Daniel, 2007, “La dimensión educativa de la democracia: el caso del presupuesto participativo”, en Revista *Temas y Debates*, Rosario: UNR editora, año 11, N° 13.

LESGART, Cecilia y SOUROUJON, Gastón, 2008, “Democracia, política y conflicto. Apuntes teórico-políticos sobre el cambio de clima político-cultural de la última década”, en FERNÁNDEZ, Arturo y LESGART, Cecilia (comps.), *La democracia en América Latina*, Rosario: Homo Sapiens.

LOBATO, Mirta Z. y SURIANO, Juan, 2003, *La protesta social en la Argentina*, Buenos Aires: FCE.

LOCKE, John, 1941, *Ensayo sobre el gobierno civil*. México: FCE.

LÓPEZ Irene y ALCALDE, Ana Rosa, 1999, *Relaciones de Género y Desarrollo: Hacia la Equidad de la Cooperación*, Madrid: IUDC, Los libros de la catarata.

LO VUOLO, R., 1994, “Competitividad internacional y políticas sociales: ¿El revés de la trama o la trama del revés?”, en LO VUOLO, R., MINSBURH, N. y VALLE, H., *El impacto de la globalización*, Buenos Aires: Letra Buena.

MADOERY, Oscar, 2001, *El valor de la política en el desarrollo local*. Buenos Aires: CEDET-UNSAM.

MADOERY, Oscar, s/f, “El proyecto local como alternativa de desarrollo”, mimeo.

MAINWARING, 1995, *Building Democratic Institutions: Party Systems in Latin*

America, Palo Alto: Stanford University Press.

MANIN, Bernard, 1993, “Metamorfosis de la representación”, en Dos Santos, Mario (coord.), *¿Qué queda de la representación?*, Caracas: Editorial Nueva Sociedad.

MANIN, Bernard, 1998, *Los principios del gobierno representativo*, Madrid: Alianza Editorial.

MARSHALL, Thomas y BOTTOMORE, Tom, 1998 (1950), *Ciudadanía y Clase Social*, Madrid: Alianza.

MARX, K. y ENGELS, F., 1972, *La ideología alemana*, México: Grijalbo.

MARX, K. y ENGELS, F., 1974, *Cartas sobre El Capital*, Barcelona: Laia.

MASSÉ, Raymond, 1995, *Culture et santé publique*, Montreal: Gaetan Morin Éditeur.

MELLUCCI, Alberto, 1999, *Acción colectiva, vida cotidiana y democracia*, México: El colegio de México.

MENÉNDEZ, Eduardo, 2008, “Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades”, en Revista *Región y Sociedad*, Sonora, Vol. XX, Número especial 2, Sonora: Colegio de Sonora.

MERKLEN, Denis, 2005, *Pobres Ciudadanos*, Buenos Aires: Gorla.

MICHELS, Robert, 2003, *Los partidos políticos. Un estudio sociológico de las tendencias oligárquicas de las democracias modernas*, Buenos Aires: Amorrortu.

MORENO, Amparo, 1986, *El arquetipo viril protagonista de la historia*, Barcelona: Ediciones de los done.

MOSCA, Gaetano, 1984, *La clase Política*, México: FCE.

MOUFFE, Chantall, 1998, *Deconstrucción y pragmatismo*, Buenos Aires: Paidós.

MOUFFE, Chantall, 2001, “Feminismo, ciudadanía y política democrática radical”, en LAMAS, Marta (comp.), *Ciudadanía y feminismo*, México: Productos culturales, pp. 1-14.

MOUFFE, Chantal, 2003, *La Paradoja Democrática*, Barcelona: Gedisa.

MUKHOPADHYAY, Maitrayee y SINGH, Navsharan, 2008, *Justicia de género, ciudadanía y desarrollo*, Ottawa: IDRC y Bogotá: Mayol Ediciones.

NARDACCHIONE, Gabriel y VOMMARO, Gabriel (comps.), 2007, *Los lentes de Víctor Hugo. Transformaciones políticas y desafíos teóricos en la Argentina reciente*.

Buenos Aires: Prometeo.

NOGUEIRA, Marco Aurélio, 1995, *Un Estado para la sociedad civil*, en Revista CLAD, *Reforma y democracia*, Caracas, N° 14, junio.

NOVICK, Senén y GONZÁLEZ, Silvia, 2000, *Argentina: actores e instrumentos de la reforma educativa*, San Martín: UBA San Martín.

NUN, José, 1997, entrevista realizada por QUIROGA, Hugo y IAZZETTA, Osvaldo, el 8 de julio de 1997. Rosario: UNR. Mimeo.

NUN, José, 2000, *Democracia: ¿gobierno del pueblo o gobierno de los políticos?*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

O'DONNELL, Guillermo, 1985, "Apuntes para una teoría del Estado", en OSZLAK, Oscar (comp.), *Teoría de la Burocracia Estatal*, Buenos Aires: Organizaciones Modernas.

O'DONNELL, Guillermo, 1999, "Horizontal Accountability and New Polyarchies", en SCHEDLER, Andreas *et al.* (ed.) *The Self-Restraining State: Power and Accountability in the New Democracies*, Boulder: Lynne Rienner.

O'DONNELL, Guillermo, 2000, Teoría democrática y política comparada en desarrollo económico, en *Revista de Ciencias Sociales*, Buenos Aires: IDES, N° 156.

O'DONNELL, Guillermo, 2001, "Accountability horizontal: la institucionalización legal de la desconfianza política", en Revista *Postdata*, Buenos Aires, N° 7, mayo.

O'DONNELL, Guillermo, 2007, "Tenemos democracias políticas pero nos falta un Estado democrático". Entrevista publicad en Diario *Clarín*, Buenos Aires.

O'DONNELL, Guillermo y SCHMITTER, Philippe, 1989, *Transiciones desde un Gobierno Autoritario: Conclusiones*, Buenos Aires: Paidós.

OFFE, Clauss, 1992, *La gestión política*, Madrid: Katz Editores.

OIBERMAN, Alicia, 2000, "El lugar de la palabra en las maternidades: aproximación de una psicología perinatal", en *Psicodebate. Revista de la Universidad de Palermo*, Buenos Aires, N° 1.

OLSON, Mancur, 1992, *La lógica de la acción colectiva: bienes públicos y la teoría de grupos*, México: Limusa.

OSZLAK, Oscar, 1982, *La formación del Estado Argentino*, Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

OSZLAK, Oscar, 2003, “¿Responsabilización o responsabilidad?: el sujeto y el objeto de un Estado responsable”, trabajo presentado en el VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, realizado del 28 al 31 de octubre de 2003, en Panamá.

OSZLAK, Oscar y O'DONNELL, Guillermo, 1976, “Estado y Políticas Públicas en América Latina: hacia una estrategia de investigación”, documento CEDES/GE, en CLACSO, Buenos Aires, N° 4. Publicado también en *Revista Venezolana de Desarrollo Administrativo*, Caracas, Venezuela, N° 1, enero 1982.

OSZLAK, Oscar y O'DONNELL, Guillermo, 1995, “Estado y Políticas Estatales en América Latina”, en *REDES, Revista de Estudio Sociales de Ciencia*, Buenos Aires, Vol. 2, N° 4.

PALOMAR VEREA, Cristina, 2004, “La incorporación de la perspectiva de género en la Universidad de Guadalajara”, en *Revista GénEros*, Colima: Universidad de Colima, vol. 34, octubre.

PALOMAR VEREA, Cristina, 2005, “La política de género en la educación superior”, en *Revista de Estudios de Género La Ventana*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara, N° 21.

PALOMINO, Héctor, 2004, *La argentina hoy. Los movimientos sociales*, en *Revista Herramienta*, Buenos Aires, N° 27. Disponible en: <www.herramienta.com.ar>. Última fecha de acceso: 02/02/2012.

PARETO, Vilfredo, 1987, *Los Sistemas Socialistas*, Madrid: Alianza.

PATEMAN, Carole, 1988, *El Contrato sexual*, Stanford: Stanford University Press; México: PUEG-UNAM.

PATEMAN, Carole, 2000, “El estado de bienestar patriarcal”, en *Contextos*, Lima, Año 2, N° 5. Programa de Estudios de Género de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

PAUTASSI, Laura, 1999, “Igualdad de Derechos y Desigualdad de Oportunidades Ciudadanía, Derechos Sociales y Género en América Latina”, en *CIEPP*, Buenos Aires, N° 25, agosto.

PAUTASSI, Laura, 2000, “Igualdad de Derechos y desigualdad de oportunidades: Ciudadanía, Derechos Sociales y Género en América Latina”, en Herrera, Gioconda

(comp.) *Las fisuras del patriarcado. Reflexiones sobre Feminismo y Derecho*. Quito: FLACSO-CONAMU, Agora.

PAUTASSI, Laura, 2007, *Familias en transformación. La respuesta de las Políticas Públicas*, Buenos Aires.

PAUTASSI, Laura, 2009, *Enfoque de derechos aplicado a las políticas públicas*, Rosario: UNR. Mimeo.

PAUTASSI, Laura y ZIBECCHI, Carla, 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*, Chile, N° 159.

PERALTA, V.; SIMIONI, A.; GUTIÉRREZ, L. “Procreación Responsable. Visión. Misión del Pediatra”, en *Revista Investigación en Salud. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal*, Rosario, Vol. 5, N° 1 y 2, ene.-dic. Disponible en: <www.rosario.gov.ar/salud>.

PERONA, Nélica, 2001, “Sociedad Civil y Ciudadanía: Distinciones conceptuales”, Rosario: mimeo.

PERUZZOTTI, Enrique y SMULOVITZ, Catalina, 2002, *Controlando la Política*, Buenos Aires: Editorial Temas.

PETRAS, James, 2004, “Imperialismo y ONGs en América Latina”, en *Comunidad Virtual de Gobernabilidad y Liderazgo*, abril.

PÍREZ, Pedro, 1991, *Municipio, necesidades sociales y política social*, Buenos Aires: IIED.

PITKIN, Hanna, 1967, *El concepto de representación*, Berkeley, Los Ángeles: Ude California Impresiones.

PNUD y BID, 2000, *El capital social, hacia la construcción del índice de desarrollo de la Sociedad Civil en Argentina*, Buenos Aires: Edilab Editora.

PNUD, 2002, *Informe sobre Desarrollo Humano 2002. Profundizar la democracia en un mundo fragmentado*. España: Ediciones Mundi-Prensa. También disponible en: <http://hdr.undp.org/en/media/libro_hdr_entero.pdf>.

POUSADELA, Ines M., 2006, *Que se vayan todos. Enigmas de la representación política*, Buenos Aires: Capital intelectual.

PREVOT SHAPIRA, Marie-France, 2007, “Título”. Trabajo presentado en el Seminario Interno de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, UNR, en agosto de 2007.

PRUD’HOMME, Jean-François, 2003, “El Partido de la Revolución Democrática: las ambivalencias de su proceso de institucionalización”, en *Foro Internacional*, México, Vol. XLIII, N° 3, p. 171, enero-marzo. Disponible en: <www.cei.comex.mex>. Última fecha de acceso: 01/10/2011.

PRZEWORKI, Adam, 1995, *Democracia y mercado*, Gran Bretaña: Cambridge University.

RAWLS, John, 1995, *Teoría de la Justicia*, México: FCE.

REPETTO, Fabián (coord.), 2001, “Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino. Documento 55”, del Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia, Buenos Aires.

REPETTO, Fabián, 2011, “Protección social en América Latina: La búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos”. Disponible en: www.saludcolectiva-unr.com.ar.

REYES, Román (dir.), 2009, *Diccionario crítico de las ciencias sociales*, Madrid, México: Plaza y Valdés. Disponible en: <www.ucm.es/info/eurothea/diccionario>.

RINESI, Eduardo, 2007, “Representatividad, legitimidad, hegemonía. Los dilemas de la representación política después del desbarajuste”, en EMILIOZZI, Sergio, PECHENY, Mario y UNZUÉ, Martín (comps.), *La Dinámica de la democracia*, Buenos Aires: Prometeo.

RINESI, Eduardo y NARDACCHIONE, Gabriel, 2007, “Teoría y práctica de la democracia Argentina”, en RINESI, Eduardo; NARDACCHIONE, Gabriel y VOMMARO, Gabriel (comps.) *Los lentes de Víctor Hugo. Transformaciones políticas y desafíos teóricos en la Argentina reciente*, Buenos Aires: Prometeo.

ROBERTS, Kenneth, 2002, “El Sistema de Partidos y la transformación de la representación política en la era neoliberal latinoamericana”, en CAVAROZZI, Marcelo y ABAL MEDINA, Juan (comps.), 2002, *El asedio a la política*, Rosario: Homo Sapiens.

ROBIN, Silvia; IAZZETTA, Osvaldo; PÉREZ MONCUNILL, Estela, 2005, “La participación ciudadana en el control de gestión de las políticas públicas municipales. El

caso de la ciudad de Rosario”. Ponencia presentada en el IV Congreso de Administración Pública y en el VII Congreso Nacional de Ciencia Política. Rosario: mimeo.

ROCCHI, Graciela, 2007, “Ciudadanía Social y Vulnerabilidad”, trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional de Ciencia Política de la Sociedad Argentina de Análisis Político, realizado del 6 al 9 de noviembre de 2007, en Buenos Aires.

ROCCHI, Graciela y NEMICHENITZER, Jorge, 1987, “Los movimientos sociales y democracia”, en González, Horacio (comp.), *Los días de la Comuna. Filosofando a orillas del río*, Buenos Aires: Puntosur.

ROCCHI, Graciela y LIBORIO, Mónica, 2012, “Las políticas sociales de ‘seguridad alimentaria’ y los sectores vulnerables”. Ponencia presentada en Alacip 2012, Sexto Congreso Latinoamericano de Ciencia Política realizado en la ciudad de Quito, Ecuador, los días 12, 13 y 14 de junio de 2012, mimeo.

ROFMAN, Adriana (comp.), 2002, *La acción de las organizaciones sociales de base territorial*, Buenos Aires: UNGS/CTA.

ROFMAN, Adriana y VILLAR, Alejandra, 2006, *Desarrollo local: una revisión crítica del debate*, Buenos Aires: Espacio Editorial.

ROMERO, Luis Alberto, 1998, *Breve historia contemporánea de la Argentina*, Buenos Aires: FCE.

ROSANVALLON, Pierre, 1995, *La nueva cuestión social*, Buenos Aires: Manantial.

ROSANVALLON, Pierre, 2007, *La contrademocracia. La política en la era de la desconfianza*, Buenos Aires: Manantial. Primera edición: Buenos Aires: LAR (Prometeo).

SCHNAPPER, Dominique, 2004, *La democracia Providencial*, Rosario: Homo Sapiens. SCHVARSTEIN, Leonardo, 2003, *La inteligencia social de las organizaciones*, Buenos Aires: Paidós.

SCOTT, Joan, 1990, “El género una categoría útil para el análisis histórico”, en AMELONG, James y NASH, Mary (comps.), *Historia y Género. Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Valencia: Alfonso El Magnánimo.

SCOTT, Joan, 1993, “El género, una categoría útil para el análisis histórico”, en CANGIANO, Cecilia y DUBOIS, Lindsay (estudio preliminar y selección de textos), *De Mujer a Género*, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

SHUMPETER, Joseph, 1996, *Capitalismo, socialismo y democracia. Vol. II*, Barcelona: Folios.

SOLDANO, Daniela y ANDRENACCI, Luciano, 2006, “Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino”, Andrenacci, Luciano (comp.) *Problemas de política social en la Argentina Contemporánea*, Buenos Aires: Prometeo.

SORJ, Bernardo, 2007, “¿Pueden las ONG reemplazar al Estado? Sociedad civil y Estado en América Latina”. Disponible en: <<http://www.nuso.org/upload/articulos>>. Última fecha de acceso: 05/03/2012.

STIGLITZ, Joseph, 2002, *El malestar en la globalización*, Buenos Aires: Taurus.

STIMPSON, Catherine, 1999, “¿Qué estoy haciendo cuando hago estudios de mujeres en los años 90?”, en NAVARRO, Marysa y STIMPSON, Catharine (comps.), *¿Qué son los estudios de mujeres?*, Buenos Aires: FCE.

STRASSER, Carlos, 2002, “El doble rostro de la sociedad civil”, en “Tribuna abierta”, en Diario *Clarín* del 07 de octubre del año 2002, Buenos Aires.

SVAMPA, Maristella, 2005, *La sociedad excluyente*, Buenos Aires: Taurus, Buenos.

SVAMPA, Maristella y PEREYRA, Sebastián, 2003, *Entre la ruta y el barrio. La experiencia de las organizaciones piqueteras*, Buenos Aires: Biblos.

TARROW, Sydney, 2004, *El poder en movimiento. Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*, Madrid: Alianza.

TEJADA, Aurelio Alonso, 1996, “El concepto de sociedad civil en el debate contemporáneo: los contextos”, Revista *Marx Ahora*, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales, N° 2, p. 127.

THIEBAUT, C. (1998) *Vindicación del ciudadano*, Barcelona: Paidós.

THOMPSON, Andrés, 1995, *Público y Privado*, Buenos Aires: UNICEF.

TILLY, Charles, 2000, “Acción colectiva”, en Revista *Apuntes de Investigación del CECYP*, Buenos Aires, Año IV, N° 6, noviembre.

TOURAINÉ, Alain, 1995 “Los movimientos sociales”, en *La producción de la sociedad*, México: UNAM.

VAGGIONE, Juan Marco, 2009, “Sexualidad, Religión y Política en América Latina”, trabajo preparado para los Diálogos Regionales, Río de Janeiro, agosto de 2009.

VALDERRAMA LEÓN, Mariano, 1998, “El fortalecimiento institucional y los acelerados cambios en las ONGDs latinoamericanas”, en VALDERRAMA LEÓN, Mariano y PÉREZ COSCIO, Luis (comps.) *Cambio y fortalecimiento institucional de las Organizaciones No Gubernamentales en América Latina*, Buenos Aires: FICONG-ALOP.

VALDÉS, Teresa y GOMÁRIZ, Enrique (coord.), 1995, *Mujeres Latinoamericanas en Cifras. Tomo Comparativo*, Santiago, Chile: FLACSO/Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España.

VARGAS, Virginia, 2008, “Participación política de las mujeres en el siglo que comienza”. Disponible en: <www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0273/Vargas_Participacion_politica_de_las_mujeres_2008.pdf>. Última fecha de acceso: junio de 2012.

VARGAS, Virginia y OLEA, Cecilia, 1998, “Los nudos de la región”, en OLEA, Cecilia (ed.), *Encuentros, (Des) Encuentros y búsquedas. El Movimiento Feminista en América Latina*, Lima: Centro Flora Tristán.

VELÁSQUEZ, Germán, 2000, “Perspectivas quanto as políticas da OMS na globalização e acesso aso medicamentos”, conferencia ofrecida en el Seminario Internacional: “Política de medicamentos: Equidad y Acceso”, en Itacuruçá, junio de 2000.

VENTICINQUE, Valeria, 2005, “El accionar de las organizaciones de la Sociedad Civil”. Rosario: mimeo, material no publicado.

VIANO, Cristina, 2011, “Proyecto de investigación Des-bordando los márgenes. El movimiento de mujeres en Rosario desde los años 80 a la actualidad”, trabajo presentado en las Primeras Jornadas de Estudios de Género del Litoral, UNR, Rosario.

VILLAVICENCIO, Susana, 2001, “Crisis de la Ciudadanía, ¿nueva ciudadanía?”, en CAROZZI, Silvana y RITVO, Juan (comps.), *El Desasosiego*, Rosario: Homo Sapiens.

WACQUANT, L., 2000, *Las cárceles de la miseria*, Buenos Aires: Manantial.

WATERMAN, Peter, 1991, “Los nuevos internacionalismos”, en *Cuadernos de Trabajo*, Bilbao, N° 7. Bilbao: Hegoa, p. 39.

WATERMAN, Peter, 2006, *Los nuevos tejidos nerviosos del internacionalismo y la solidaridad*, Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales.

WEBER, Max, 1992, *Economía y Sociedad*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

WOLIN, Sheldon S., 1993, *Política y perspectiva*, Buenos Aires: Amorrortu.

WOLIN, Sheldon S., 2009, *Democracia SA: la democracia dirigida y el fantasma del totalitarismo invertido*, Buenos Aires: Katz.

YANNUZZI, María de los Ángeles, 1991, “Política y desencanto”, en *Kairós*, San Luis, N° 6. Disponible en: <www.revistakairos.org>.

YANNUZZI, María de los Ángeles, 2007, *Democracia y sociedad de masas*, Rosario: Homo Sapiens.

ZAMPANI, Roberto, 2003, “La sociedad civil organizada: revisando conceptos para su comprensión”. Ponencia presentada en la IV Conferencia de América Latina y el Caribe de ISTR.

Otras fuentes

CD-ROM de las IX Jornadas nacionales de Historia de las Mujeres y IV Congreso iberoamericano de Estudios de Género, realizado en Rosario, Argentina, el 30, 31 de julio y 1 de agosto de 2008.

ISIS Boletín N°14 y 15 1996-1997.

Páginas web consultadas:

<[commimt.com/la/cambio social/lasc](http://commimt.com/la/cambio-social/lasc)>.

<mujeresenred.net>.

<[10 feminista.org.br](http://10feminista.org.br)>.

<clacso-org-ar/biblioteca>.

<www.rosario.gov.ar>.

<www.cenoc.gov.ar>.

<www.pagina12.com.ar>.

<www.insgenar.org.ar>.

Anexos

Anexo I. Documentos oficiales

Índice

1. Leyes nacionales: Texto de la Ley Nacional N° 25.673. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	2
2. Leyes y decretos de la Provincia de Santa Fe:	
a) Texto de la Ley N° 11.888. Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable	5
b) Texto del Decreto N° 2.442/2002. Reglamentación de la Ley N° 11.888 de creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable	8
c) Texto del Decreto N° 3.009/2002. Modificación del Decreto N° 2.442/2002, reglamentario de la Ley N° 11.888 de creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable	13
3. Decretos de la Municipalidad de Rosario:	
Decreto N° 22.957 (facsimilar)	16

1. Leyes nacionales: Ley Nacional N° 25.673

LEY NACIONAL N° 25.673
CREACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y

PROCREACIÓN RESPONSABLE

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso,
etc. sancionan con fuerza de ley:

Artículo 1º.- Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación
Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

Artículo 2º.- Serán objetivos de este programa:

Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación
responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones
o violencia;

Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;

Prevenir embarazos no deseados;

Promover la salud sexual de los adolescentes;

Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión
sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamarias;

Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y
prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;

Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud
sexual y procreación responsable.

Artículo 3º.- El programa está destinado a la población en general, sin
discriminación alguna.

Artículo 4º.- La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y
obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la
satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías
consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

Artículo 5º.- El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de
Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de
educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes
aptos para:

Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de efectores y agentes de salud;

Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos
básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad

educativa;

Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa;

Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y cáncer genital y mamario.

Artículo 6º.- La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;

A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT;

Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

Artículo 7º.- Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prestaciones médicas y en el nomenclador farmacológico.

Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

Artículo 8º.- Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa.

Artículo 9º.- Las instituciones educativas públicas de gestión privada, confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

Artículo 10º.- Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6º, inciso b), de la presente ley.

Artículo 11.- La autoridad de aplicación deberá:

Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa;
Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro Nacional previstas en el presupuesto. El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se establecerán las alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 12.- El gasto que demande el cumplimiento del programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 –Ministerio de Salud– Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

Artículo 13.- Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

Artículo 14.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los treinta días del mes de octubre del año dos mil dos.

2. Leyes y decretos de la Provincia de Santa Fe

a) Ley N° 11.888

LEY N° 11.888

CREACION DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACION RESPONSABLE

La Legislatura de la Provincia sanciona con fuerza de ley:

Artículo 1°.- Créase un programa con el alcance y las finalidades establecidos en la presente ley, que pasará a formar parte de la estructura de programas provinciales existentes

en la órbita del Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

Artículo 2°.- Son objetivos principales del programa:

- a) Promover la maternidad y paternidad responsables, a través de la planificación de los nacimientos, favoreciendo espacios intergenésicos adecuados, en el marco del reconocimiento del derecho a la vida desde el momento de la concepción.
- b) Garantizar a la población el acceso a información completa y veraz sobre los métodos de control de la fertilidad existentes, naturales o artificiales, asegurando la igualdad de oportunidades en el ejercicio de la libertad personal.
- c) Capacitar al personal directa o indirectamente vinculado con el programa. El Programa orientará sus acciones a los grupos sociales más desprotegidos y de riesgo.

Artículo 3°.- La autoridad de aplicación normatizará a través del programa todos los servicios que se deriven de los objetivos de la presente, incluido la realización de análisis, exámenes complementarios, prácticas médicas, información, asesoramiento, registro de historias clínicas, prescripción y provisión de fármacos y todo otro elemento necesario para el cumplimiento de las disposiciones de esta ley.

Artículo 4°.- El programa será ejecutado en los establecimientos asistenciales del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia. La ley reconoce el derecho a formular objeción de conciencia por parte de los profesionales o agentes afectados al mismo. El Estado provincial garantiza la accesibilidad y gratuidad de las prestaciones.

Artículo 5°.- Los métodos anticonceptivos, naturales o artificiales, que los profesionales pueden prescribir, deben encontrarse autorizados por el Ministerio de Salud de la Nación, y ser de carácter transitorio, reversible y no abortivo.

Artículo 6°.- En todos los casos el método prescrito —salvo contraindicación médica expresa—, será seleccionado con el consentimiento responsable, voluntario y fundado del beneficiario, a cuyo fin deberá previamente brindársele información y asesoramiento sobre la efectividad, contraindicaciones, ventajas y desventajas de su utilización.

Artículo 7°.- Cuando el servicio sea prestado a menores, se propiciará y favorecerá la participación de los padres, tutores o quienes estén a cargo de sus cuidados cuando a juicio de los profesionales o agentes intervinientes sea considerado conveniente. En caso de

los declarados incapaces, la intervención del representante legal será requisito imprescindible.

Artículo 8º.- El órgano de aplicación coordinará con el Ministerio de Educación y la Secretaría de Promoción Comunitaria, actividades de difusión del contenido y alcances del programa.

Artículo 9º.- La autoridad de aplicación realizará cursos de capacitación de los profesionales y agentes vinculados al programa, por sí o a través de convenios con otras instituciones con competencia en la materia.

Artículo 10º.- Créase el Consejo Asesor del Programa de Procreación Responsable, para cuya conformación la autoridad de aplicación convocará a entidades científicas y universitarias del arte de curar, a efectores de las especialidades médicas competentes, a colegios profesionales del área, a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a organizaciones no gubernamentales con experiencia y trayectoria en la materia. La participación en el Consejo revestirá carácter de “ad honorem”, y su función será el de asesora de la autoridad de aplicación en los temas que ésta requiera, y vinculados al Programa. El Consejo podrá solicitar la colaboración solidaria de expertos en comunicación pública y de los medios de comunicación social que cuentan con licencias concedidas por el Estado y deban realizar, además de la actividad comercial, acciones de bien público.

Artículo 11.- Las erogaciones que irroque la aplicación del programa, provendrán de:

- a) Las partidas presupuestarias correspondientes al Ministerio de Salud y Medio Ambiente, autorizándose al mismo a aplicar las modificaciones pertinentes y hasta la provisión de recursos específicos a través de la Ley de Presupuesto.
- b) El cumplimiento de los convenios que la Provincia de Santa Fe haya suscrito o suscriba con la Nación, en cumplimiento de planes nacionales vinculados con la presente ley.
- c) Los fondos provenientes de organismos internacionales que se ejecuten en la provincia, relacionados con fines del programa.

Artículo 12.- La autoridad de aplicación de la presente es el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia.

Artículo 13.- El Poder Ejecutivo reglamentará esta ley dentro del plazo de 120 días a partir de su promulgación. En igual plazo, la autoridad de aplicación conformará el Consejo Asesor.

Artículo 14.- El INSTITUTO AUTARQUICO PROVINCIAL de OBRA SOCIAL (IAPOS) incluirá en su vademécum farmacológico y de prestaciones los métodos y fármacos que la reglamentación de esta ley disponga.

Artículo 15.- El Poder Ejecutivo provincial invita a los municipios y comunas a adherir a la presente ley.

Artículo 16.- Comuníquese al Poder Ejecutivo. Santa Fe, 20 de mayo de 2001

b) Decreto N° 2.442/2002

DECRETO 2.442/2002

REGLAMENTACION DE LA LEY 11.888 DE CREACION DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACION RESPONSABLE

VISTO

El expediente N° 00501-0040.570-2 del S.I.E., mediante el cual se gestiona la reglamentación de la Ley N° 11.888 de creación del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; y

CONSIDERANDO

Que la necesidad de reducir las actuales tasas de morbilidad materna y perinatal infanto-juvenil, prevenir el aborto y enfermedades de transmisión sexual a nivel provincial, según contempla el Plan Nacional de Acción a favor de la Madre y el Niño, convalidado por los señores gobernadores en el Pacto General del 9 de marzo de 1994, es un hecho de una magnitud y trascendencia social muy importante y las causas que la condicionan son reducibles con los actuales conocimientos científicos;

Que se ha considerado la necesidad de brindar respuesta a todos los aspectos vinculados al desarrollo de una sexualidad saludable por parte de la población en todos sus ciclos de vida, toda vez que la misma constituye un aspecto de la salud de trascendencia social por su impacto en la calidad de vida de las personas;

Que a tal fin se hace necesario coordinar acciones entre diferentes programas

preventivos y asistenciales, además de proveer medidas de anticoncepción en los servicios de salud, fortaleciendo la calidad de atención con prescripciones oportunas e indicaciones adecuadas en tiempo y forma;

Que contar con el referido Programa posibilita la implementación de actividades y la organización adecuada de los recursos, facilitando la unificación de pautas y respuestas más adecuadas para disminuir las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en base a los conocimientos científicos y avances tecnológicos;

Que de conformidad a las previsiones del art. 72° inciso 4 de la Constitución Provincial y 13° de la precitada ley, es facultad de este Poder Ejecutivo la aprobación del texto reglamentario, elaborado en base a la propuesta elevada por dicho Ministerio, con las recomendaciones formuladas por la Dirección General de Asuntos Jurídicos jurisdiccional y Fiscalía de Estado mediante dictámenes Nros. 59.926/01 y 622/02, respectivamente;

Por ello,

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DECRETA:

Artículo 1°.- Apruébase el reglamento de la Ley N° 11888 de creación del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, el que como anexo único, compuesto por catorce (14) artículos en cuatro (4) folios, integra el presente decreto.

Artículo 2°.- Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese. Sanción.- 18 de octubre de 2002

REGLAMENTO DE LA LEY N° 11.888

Artículo 1°.- El PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACION RESPONSABLE dependerá de la Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Medio Ambiente y estará sujeto a todas las normativas emanadas por el titular de la citada jurisdicción, con respecto al diseño, elaboración de metas, formulación de estrategias, implementación y seguimiento de los programas provinciales de ese Ministerio.

Artículo 2°.- Son objetivos principales del Programa:

a) Garantizar el acceso a mujeres y varones a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos, promoviendo cambios de actitud en la sociedad;

b) El acceso se brindará a través de la información completa y veraz de todos los

métodos de regulación de la fertilidad, ya sean naturales o artificiales, asegurando la equidad y autodeterminación en la elección del mismo en el ejercicio de la libertad personal, sin ninguna clase de discriminación;

- c) Realizar las actividades destinadas a la capacitación continua y actualizada de los efectores de salud provinciales.

Artículo 3°.- El Ministerio de Salud y Medio Ambiente a través de la Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud desarrollará protocolos que incluirán indicaciones y contraindicaciones para cada método que adopte el Programa. Asimismo establecerá los estudios, exámenes y prácticas que se requieran previo a la adopción e implementación del método y el correspondiente seguimiento de las/os usuarias/os. Además se diseñarán historias clínicas y métodos de registro necesarios y suficientes para el desarrollo del mismo.

Artículo 4°.- El Programa deberá coordinar con las zonas de salud de la provincia la implementación de las acciones, garantizando el acceso y la cobertura en todos los efectores de salud pública en forma gratuita, orientada a los grupos sociales de mayor riesgo. Para quienes se hallen amparados por cobertura médica o social (obras sociales, servicios prepagos, etc.), o por cualquier otro sistema emergente que con posterioridad a los actuales pudiera crearse con semejante fin, la provisión de insumos será financiada por las vías correspondientes. Llevará un registro de los agentes de salud que expresen objeción de conciencia; la misma deberá realizarse en forma escrita y ante la autoridad inmediata superior, a fin de facilitar la organización de las actividades que permitan implementar las estrategias del Programa.

Artículo 5°.- Los métodos anticonceptivos utilizados por el Programa, que en todos los casos serán de carácter reversible, transitorio y no abortivo y elegidos voluntariamente por las/os beneficiarias/os luego de recibir información completa y adecuada por parte del profesional interviniente, serán definidos por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente y deberán estar autorizados por los organismos responsables a nivel nacional.

Artículo 6°.- Previo a la implementación del método elegido, las/os beneficiarias/os recibirán la información y asesoramiento sobre la opción, que quedará registrada mediante el consentimiento informado. En todos los casos se respetará la autodeterminación.

Artículo 7°.- En el caso de que el profesional o persona interviniente considere

necesaria la presencia de padres o tutores, de personas menores de edad, se les transmitirá la solicitud a los mismos, dejando constancia de la invitación en la historia clínica, que deberá ser firmada por el sujeto en cuestión preservando su intimidad. La atención en el Programa de personas declaradas judicialmente incapaces deberá estar siempre acompañada de su representante legal, cuya acreditación deberá ser archivada en la historia clínica.

Artículo 8°.- La comunicación social se desarrollará a través de actividades de promoción y prevención dirigidas a la ciudadanía. Se articulará con la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria y el Ministerio de Educación, conforme a lo previsto en la Ley N° 10.947.

Artículo 9°.- El Programa contemplará la interdisciplinariedad y la intersectorialidad en todas las acciones de capacitación de los profesionales y agentes vinculados al mismo, que a su vez deberán tener proyección en el medio en que se desenvuelven. La jefatura del Programa llevará registro de las instituciones interesadas en participar en las actividades antes mencionadas.

Artículo 10°.- El Consejo Asesor del Programa estará integrado por los organismos e instituciones que a continuación se mencionan, cuya representación será ejercida como seguidamente se indica:

- a) Un representante por cada una de las circunscripciones de las siguientes entidades profesionales:
 - Colegio de Médicos 1era y 2da circunscripción.
 - Colegio de Obstétricas 1era y 2da circunscripción.
 - Colegio de Psicólogos 1era y 2da circunscripción.
 - Colegio de Profesionales en Enfermería 1era y 2da circunscripción.
 - Colegio de Trabajadores Sociales 1era y 2da circunscripción.
 - Colegio de Psicopedagogos 1era y 2da circunscripción.
- b) Un representante por cada una de las siguientes instituciones y reparticiones públicas:
 - Universidad Nacional de Rosario.
 - Universidad Nacional del Litoral.
 - Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria.

- Ministerio de Educación.
- Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS).
- c) Dos representantes de la Iglesia Católica, uno por el Arzobispado de Santa Fe y otro por el de Rosario.
- d) Dos representantes de la Zona Norte y dos de la Zona Sur, de las entidades civiles con trayectoria en este tema.

El Consejo Asesor no deberá exceder de veinticinco (25) miembros. El modo de funcionamiento se dispondrá a través de resolución ministerial. Las reuniones serán convocadas y presididas por el Señor Subsecretario de Salud del Ministerio de Salud y Medio Ambiente con un temario preestablecido.

El Consejo podrá solicitar la colaboración solidaria a los expertos en comunicación pública y comunicación social con licencias concedidas por el Estado (emisoras de radio, canales de televisión, etc.) para desarrollar actividades de difusión.

Artículo 11.- El Programa elaborará anualmente un presupuesto de las actividades específicas a realizar para el diseño de las acciones de capacitación, provisión de insumos, seguimiento y evaluación, para la implementación de las mismas en el ámbito de la provincia, el que será incorporado dentro del presupuesto anual del Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

Esta tarea la realizará en concordancia con las directivas administrativas que sean dictadas por la Subsecretaría de Logística y la Dirección Provincial de Administración Contable de la citada jurisdicción. En la elaboración del mismo deberán tenerse en cuenta los fondos provenientes de convenios con organismos nacionales e internacionales.

Artículo 12.- Sin reglamentar.

Artículo 13.- Sin reglamentar.

Artículo 14.- Sin reglamentar.

c) Decreto N° 3.009/2002

DECRETO 3.009/2002

MODIFICACION DEL DECRETO 2.442/2002, REGLAMENTARIO DE LA LEY
11.888 DE CREACION DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD
REPRODUCTIVA Y PROCREACION RESPONSABLE

VISTO

El Expediente N° 00101-0117725-7 del registro del Sistema de Información de Expedientes -GOBERNACION- relacionado con la modificación del Decreto N° 2442/02, reglamentario de la Ley N° 11.888 de “Creación del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable”; y

CONSIDERANDO

Que la ley aludida prevé en su artículo 10° la creación de un denominado “Consejo Asesor del Programa de Salud Reproductiva y Procreación responsable”, con funciones de asesoramiento a la autoridad de aplicación de la ley, es decir, al Ministerio de Salud y Medio Ambiente;

Que el referido Consejo se debe integrar según la letra de la norma legal, entre otros, con “Organizaciones No Gubernamentales”, con experiencia y trayectoria en la materia;

Que el término O.N.Gs., en cuanto categoría conceptual, no posee un carácter unívoco, tanto en lo que refiere a su denominación —también se las llama “Organizaciones de la Sociedad Civil” (Acuerdo Marco celebrado por el Ministerio del Interior el 18.04.02) o “Tercer Sector” (“El Perfil de las O.N.Gs. en la Argentina”, FLACSO, La Plata, 1977, pág. 25)—, como en lo que refiere a los sujetos que la integran;

Que de las controversias conceptuales que la categoría genera es posible deducir que existen diferentes posiciones al respecto. Y según sea la que se adopte, es posible considerar a las iglesias —no sólo la católica— incluidas o excluidas dentro de la idea de O.N.Gs.;

Que dentro del concepto tradicional, “...de origen más lejano en el tiempo y de perfil muy específico” (Arroyo, Daniel: “El Perfil de las O.N.Gs. en la Argentina”, FLACSO, La Plata, 1977, pág. 26) se encuentran las “...asociaciones gremiales (sindicatos, asociaciones profesionales, empresarias y profesionales), iglesias, clubes de barrio, instituciones de colectividades extranjeras, cooperadoras escolares, partidos políticos...”

(idem, pág. 26);

Que según el concepto “moderno”, O.N.Gs. son aquellas que, “...aún manteniendo las características de un conjunto diverso...”, “...pueden ser descriptas bajo propiedades comunes: -son organizaciones de la sociedad civil, -sin fines de lucro, -no dependen institucionalmente ni del Estado ni de empresas, corresponden a nuevas formas de acción colectiva que se desarrollan por fuera del espacio político y que responden a la nueva relación que se establece entre Estado y sociedad en las últimas décadas, procuran tanto la satisfacción de necesidades sociales básicas, como la promoción de valores y actitudes dirigidas al campo social y basadas en criterio de equidad, solidaridad y democracia” (ob. cit. pag. 27);

Que en el Decreto N° 2442/02 y en los consejos y pareceres que precedieron se ponderó esa diversidad de opiniones que tienen los especialistas en la materia y se entendió que no aparecía cuestionable legalmente la inclusión de la Iglesia Católica, sobre todo teniendo en cuenta la experiencia que tiene esa institución en materia de métodos naturales de control de natalidad;

Que si bien la cuestión atinente al carácter equívoco aludido no se despeja expresamente con la lectura de los debates parlamentario de la ley, la falta de concreta mención de la Iglesia Católica en las enumeraciones de entidades, realizadas en esos debates, puede ser interpretada como una voluntad contraria del legislador a su inclusión en el Consejo, lo que justificaría la modificación que se propone, en aras de evitar cuestionamientos futuros por falta de adherencia de la norma reglamentaria a una voluntad legislativa;

Que ha tomado intervención la Fiscalía de Estado mediante Dictamen N° 000950 del 13/11/02;

Por ello, EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DECRETA:

Artículo 1°.- Déjase sin efecto el inciso c) del Artículo 10° del Anexo Único del Decreto N° 2442 de fecha 18 de octubre de 2002.

Artículo 2°.- Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.-

Santa Fe, 14 de noviembre de 2002.

3. Decretos de la Municipalidad de Rosario: Decreto N° 22.957 (facsimil)

Anexo II. Entrevistas

Índice

Entrevista 1. Entrevistada: Viviana, Licenciada en Enfermería, del Centro de Salud Eva Perón. Fecha: 06/12/2010	3
Entrevista 2. Entrevistado: Coordinador del Centro de Salud del CMD Noroeste. Fecha: 13/12/2010	4
Entrevista 3. Entrevistada: Lucía, Licenciada en Enfermería y Coordinadora del Centro de Salud del Distrito Oeste, en conjunto con Rosa, Licenciada en Ciencia Política. Fecha: 15/12/2010	21
Entrevista 4. Entrevistada: Coordinadora del Centro de Salud del CMD Sudoeste. Fecha: 18/12/2010	30
Entrevista 5. Entrevistada: Licenciada Susana Amichiardi, colaboradora de INSGENAR. Fecha: 19/12/2010	42
Entrevista 6. Entrevistadas: Dras. Silvana Spatafora, pediatra, especialista en salud sexual, y Juliana Weisbud, ginecóloga. Fecha: 20/12/2010	54
Entrevista 7. Entrevistada: Dra. Mirian Pini, directora del CEMAR. Fecha: 20/12/2010	56
Entrevista 8. Entrevistado: Diego, Licenciado en Enfermería, consultorio del Hospital Alberdi. Fecha: 21/12/2010	71

Entrevista 9. Entrevistada: Licenciada Alejandra Miño,
Coordinación del Área de Educación para la Salud. Fecha: 22/12/2010 79

Entrevista 10. Entrevistada: Coordinadora del Centro de Salud
La Florida. Fecha: 24/12/2010 82

Entrevista 11. Entrevistada: Coordinadora del Centro de Salud
de Champañat. Fecha: 03/02/2011 90

Entrevista 12. Entrevistada: Mg. Ana Esther Koldorf, Coordinadora
del PIO (Plan de Igualdad de Oportunidades). Fecha: 05/02/2011 99

Entrevista 13. Entrevistada: Noemí Chiarotti, Coordinadora
de INDESO. Fecha: 26/02/2011 101

Entrevista 14. Entrevistada: Coordinadora del Centro de
Salud 20 de Junio. Fecha: 12/03/2011 120

Entrevista 15. Entrevistada: Dra. Elda Serrano, Maternidad
Martin. Fecha: 09/11/2011 137

Entrevista 1

Entrevista con la Licenciada en Enfermería Viviana, del Centro de Salud Eva Perón.
La enfermera accedió a la reunión muy gentilmente, la misma se llevo a cabo en el mismo
Centro a las 12 horas del día 6 de diciembre 2010.

Viviana está a cargo de la Consejería de Salud Sexual y procreación responsable,
afirma: “la educación sexual es a pulmón, hay preservativos y métodos anticonceptivos y el

equipo es interdisciplinario, conformado por psicólogos, trabajadores sociales, médicos y enfermeros.

Creo que no cambiaría nada de las políticas de salud, sí mejoraría la llegada a los adolescentes, con otros recursos, las formas.

Yo pude participar de experiencias en las que los chicos, a partir del teatro, expresaban sus dudas respecto a cómo vivir su vida sexual, cómo cuidarse, derechos y obligaciones, fue realmente hermoso.

¿Cómo lo hice? Pedí permiso a la coordinadora del Centro ante la inquietud de niños y adolescentes del barrio. Me enteré por los profes de gimnasia de la escuela y, bueno, así fue, lo organizamos con la escuela y hace poco fuimos a hacer una presentación... Los chicos lo disfrutaron y yo estoy muy contenta.

Aquí hay capacitación a diario, ¿abortos? Muy pocos en situación, sí tenemos pacientes que viven con HIV.

También te puedo afirmar que municipio, provincia y Nación trabajan mancomunadamente, sí, los recursos están.

El problema es de educación en la franja etaria de catorce a veinte años.

Con respecto a los embarazos adolescentes, sí, se dan y mucho, en gran parte tiene que ver con reproducir el modelo de su madre.

Yo me siento cómoda y feliz trabajando en este espacio, no me sentí discriminada ni sufrí situaciones de inequidad por mi condición de mujer, sí, a veces hay pujas profesionales... 'Ah, porque vos no sos médica', o 'ah, no sos psicóloga', pero soy enfermera y me siento orgullosa de ser licenciada en enfermería”.

Entrevista 2

Entrevista al CMD Noroeste. La entrevista fue realizada al coordinador (en adelante, C) del Centro de Salud en este mismo espacio el día 13 de diciembre de 2010.

E: A ver si me podés contar un poco cómo funciona el Centro de Salud que vos...

C: Bueno, el Centro de Salud hace más o menos que está tres años y medio, que se abrió después que se construyó el Distrito, y fue priorizado por los mismos vecinos de que,

al inaugurarse un Distrito, piensen en que haya un Centro de Salud, porque necesitaban un Centro de Salud cerca en esta zona, eh... Nosotros acá tenemos una población, una influencia...

E: ¿En cada Centro municipal de distrito hay un Centro de Salud?

C: No, después de este, el otro que abrió, sí, ya lo hicieron con, como...

E: Como Centro de Salud.

C: Exactamente, como Centro de Salud, después el Estafieri está al lado del Distrito Oeste, que fue la construcción anterior a esta, el distrito que fue anterior, que eso fue como una primer prueba piloto, y después se hizo este Centro de Salud y el de Santa Teresita.

E: Y cuenta, digamos, con lo primordial, la atención primaria, y después se hacen las derivaciones.

C: Exacto.

E: ¿Cuál es el espacio que se la da acá a la salud de la mujer, digamos, niña, adolescentes?

C: Y, uno de los espacios primordiales, porque nosotros estamos trabajando en estrategias de atención primaria en la salud, en esta atención primaria hay tres niveles de atención, y el primer nivel está compuesto por todos los Centros de Salud de la municipalidad, nosotros, en el primer nivel, lo que hacemos es garantizar el seguimiento de todas las situaciones que se van abordando a través de prácticas médicas o complejas sociales, no necesariamente siempre medicás, una apertura bastante grande y uno de los aspectos que trabajamos es la prevención ,porque somos un primer nivel de atención.

E: ¿Cómo funciona esto?

C: Eh...

E: ¿Funciona en conjunto con las escuelas, con las instituciones del barrio, trabajan...?

C: ¿Articuladamente?

E: Sí.

C: Y sí, en lo posible sí, lo que pasa de que cada uno va pasando por realidades diferentes, pero que se libera, hay momentos que hay más espacio para trabajar con algunas instituciones y en otros momento hay que dejarlo para más tarde, porque cada institución va pasando por momentos que se van definiendo, eh...

E: Entre las docentes de la escuela ha habido preocupaciones por los adolescentes por la desinformación en materia de salud sexual, por embarazos tempranos, ha venido a acudir y...

C: Ha habido caso de que sí, de que han venido las docentes y nosotros hemos ido a la escuela a dar algunas charlas y generar un contacto, nosotros más que nada, igualmente, desde hace un tiempo, eh... Como este Centro de Salud es relativamente nuevo, empezamos a trabajar en garantizar la accesibilidad de la población, y al trabajar la accesibilidad a los servicios de salud, lo que vamos haciendo es trabajar desde diferentes ejes para que sirvan como disparadores para que la gente acceda o llegue al Centro de Salud.

E: Y en el espacio territorial del barrio ¿qué utilizan?, espacios de organizaciones sociales, Centros crecer...

C: Y, en el momento nos hemos centrado, casi siempre cuando vamos al barrio nos hemos centrado, cuando hacemos reuniones con los vecinos tratamos de hacerlas con organizaciones sociales, más que nada para que ellos también garanticen una mayor convocatoria, porque por ahí tienen una presencia que favorece a poder sentarse a trabajar, a veces, con las organizaciones solas, y a veces, con los vecinos. Sí, vamos en momentos, lo que pasa que también eso depende del momento que estamos viviendo en el Centro de Salud, porque hay veces que la demanda está muy fuerte y no podemos llegar al barrio todas las semanas a trabajar ciertas temáticas, lo único...

E: Este Centro de Salud se inauguró en el año 2006 me dijiste...

C: O 2007, sí...

E: ¿Cómo, cómo se fue desarrollando el territorio con estas organizaciones, son organizaciones afines?

C: A veces sí, a veces no.

E: Son organizaciones que van relacionándose a partir de determinadas coyunturas.

C: Generalmente, se van desarrollando a partir de determinadas coyunturas pero... nosotros, en principio, trabajamos con todas las organizaciones sociales que trabajan en el barrio. Lo que pasa que cada vez hay menos participación en las organizaciones sociales y están cooptadas por ahí por algunos partidos políticos para algunos fines claros, y les cuesta romper esa estructura. Nosotros lo que hacemos es tratar de trabajar con la gente más que

nada, la organización social nos parece un medio interesante y nos parece interesante porque genera más voces con diferentes pensamientos, que eso para nosotros siempre es interesante, hay organizaciones que son afín al partido político oficialista que están en la Municipalidad de Rosario, y organizaciones que no, pero nosotros no, tratamos de, de...

trabajar en disidencia con aquel que trabaje con otro partido político.

E: ¿Algún trabajo que hayan establecido con alguna organización en particular?

C: Sí, hemos trabajado con “Barrios de Pie”, hemos hecho jornadas de, y hemos hecho jornadas de VIH y también hemos hecho jornadas de, de...

E: Esto surge.

C: Esto viene charlado.

E: Por eso, articulado desde la gestión y la organización ¿se sumó a la actividad?

C: Sí, en estas dos últimas sí, fueron organizadas por la gestión y a partir de eso los hemos sumado a trabajar sobre esta temática, pero nosotros siempre estamos abiertos a sentarnos a trabajar cuando ellos demandan, bueno, me parece que podemos trabajar tal cosa, bueno, dale, lo vemos, vemos si es viable, si no es viable, si lo podemos trabajar con los vecinos, si es el momento de trabajar con los vecinos y nosotros vamos no tenemos ningún inconveniente, nosotros...

E: ¿Han tenido alguna propuesta que a ustedes les hayan parecido interesante, o sea, de las organizaciones, que los hayan invitado a sumarse, les hayan pedido recursos o bien una mano en términos de difusión?

C: Y que hayan venido por organizaciones sociales fueron, sí, dos jornadas de vacunación del barrio Fanta y otra del Tupac Amaru, que salieron de una organización y nos vinieron a pedir de organizar una jornada de vacunación, porque ellos estaban queriendo conocer algunos vecinos que no conocían, y yo estaba llegando a este Centro de Salud. Hace un año que estoy y me pareció muy importante para generar más apertura al Centro de Salud hoy, más alojamiento, o al menos conocer un poco más, por lo menos, mi posición, conocer un poco más la población, entonces, a través de ello, fuimos, que si bien fue una demanda de ellas, a nosotros también nos parecía muy útil para..., pero la demanda en sí había salido de Barrios de Pie en ese momento, después con...

E: Y se laboró bien y pudieron armar la campaña, eh, puede ser Barrios de Pie, puede ser otra organización que lleve un poco la bandera de la perspectiva de género,

ustedes ¿cómo lo piensan desde el distrito, cómo piensan la salud y la equidad en términos de hombre- mujer, digo, como tienen alguna idea formada?

C: Sí, nosotros trabajamos con el principio que son rectores, la accesibilidad, la clínica ampliada y la equidad, en sentido muy amplio, pensándola más que nada en igualdad de los iguales en diferentes circunstancias. Vos imagínate que nosotros estamos viendo pacientes de diferentes estratos sociales y poder garantizar aquel que tenga mayor vulnerabilidad, garantizarle mayor accesibilidad que a otros, o aquel que no puede acceder a un servicio de salud ver de qué manera, con estas jornadas o con otras, ver que esas personas lleguen al Centro de Salud, hasta en algunos casos hasta el ir a buscarla, o sea, hay ciertas situaciones, muchas veces los vamos a buscar.

E: Por ejemplo, está el programa de salud sexual, está el de Nación y el municipio viene trabajando esto de la salud sexual desde los noventa: ustedes cómo articulan esto, ladea de pensar una procreación responsable desde la equidad, comparten la idea de la Nación, como... como...

C: Nosotros en eso, porque nosotros nos diferenciamos en sí claramente de Nación, es que Nación tiene estructuras focalizadas para ciertos planes integrales de la salud, nosotros vemos a la salud como un contexto de no podemos estar tomando cierto aspecto y olvidándonos los otros, que sí Nación tiene estas cuestiones. Está bien porque, eh... desde Nación por ahí se les hace muy difícil, al no tener un sistema de salud articulado, es más fácil llegar a la población con algún sistema, más que por programa, que en verdad sí quisieran, bah, yo...

E: Sí.

C: O sea, yo no estoy de acuerdo con pensarlo focalizadamente, igualmente, nosotros el aporte que nos hace Nación en los programas son interesantes, porque si bien a la mujer no la vemos como por ahí sí Nación, porque en el Plan Nacer está claramente de que vos tenés que priorizar la atención de ese chico menos de seis años y mujeres embarazadas, y para eso te van a pagar el resto de las situaciones, bueno, si querés atendelas, pero nosotros no nos hacemos cargo, nosotros no tratamos de focalizar la atención en ese grupo etario ni por una situación particular.

E: ¿Qué intenta Nación por medio de este programa?, porque supuestamente deberían llegar métodos anticonceptivos, preservativos, bueno, difusión, de, de cómo poder

atender, cómo poder informarse los pacientes, o sea, ustedes cuentan con ese material,
llega..., si nosotros, o sea...

C: Sí, ese material no es muy útil, todo el tiempo lo utilizamos, la anticoncepción, por ejemplo, de emergencia, llega de Nación, compras de Microblanc llega directamente desde Nación, y Mesigina, que son unos inyectables que yo creo que una vez al mes, y exclusivamente de Nación. Nosotros hacemos una compra esporádicamente, pero más que nada para garantizar que no nos quedemos, pero en este momento nosotros lo estamos garantizando con lo que nos manda Nación.

E: Y, por ejemplo, la información que necesitan [los] pacientes, ¿es informada?, ¿esa información se la proporciona ginecología o hay un espacio específico de consultoría de anticoncepción sobre...?, ¿o directamente la ginecóloga es la que se ocupa?

C: No, nosotros lo, sí, lo que tratamos bueno, teníamos un espacio de procreación responsable que en este momento, estamos muy a fin de año, se complica.

E: Se organizaban talleres, vos me contabas, sí, había un taller vos me contabas.

C: Sí, había un taller para embarazadas y con jóvenes para trabajar sobre la problemática porque veíamos, estamos viendo...

E: Había participación de las organizaciones en la organización de esos talleres.

C: No, las organizaciones tal vez invitan, para nosotros son muy importantes para invitar.

E: Ah..., entonces en ese caso ustedes les avisaban a las organizaciones y las organizaciones invitaban a las chicas, a las mujeres.

C: Sí, y ahora nosotros estamos queriendo hacerlo, en principio de febrero, marzo, volver a trabajar esa temática, que nosotros igualmente lo estamos trabajando de alguna u otra manera con programas, el programa joven de la municipalidad, que es un[o que] trabaja con chicos que están afuera de la escuela y que son de trece a diecinueve años, que es una edad que nosotros vemos, es una de las edades más complejas, más que nada por el desconocimiento de los métodos anticonceptivos que con ellos siempre trabajamos con la organización y con el barrio.

E: ¿Hay algunas cosas que vos mejorarías, o todo, de los programas?, bueno, algo me dijiste, que son demasiado focalizados los programas que vienen de Nación, pero ¿en qué harías más hincapié, HIV, mujeres en situación de aborto?, ¿en lo que tiene que ver con

la salud sexual de entre catorce y treinta y cinco años?, ¿cuál es la demanda que no está siendo cubierta correctamente...?

C: Mirá...

E: Puede ser de las tres instancias, porque a veces no..., tanto Nación provincia o municipio no logran articular correctamente como para poder proporcionar una atención fehaciente.

C: Sí, yo, lo que pasa ... es que también es muy contradictorio, porque también Nación tiene que salir de ese pensamiento, de esa estructura focalizada, porque si no nunca va a poder contextualizarse en una salud pública, siempre termina siendo, eh..., eh..., por patología o por grupo etario, y no termina abordando la problemática, que es garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos, que es de lo que se tiene que estar preocupando la Nación, después, eh..., bah, ir dando diferentes aspectos que va a ser más fácil ir trabajándolo a partir de que tenga un conocimiento más generalizado, pero a mí lo, lo que..., lo que

E: ¿Pensás que el programa está pensado en forma transversal, en forma de transversalidad de género, o que también se va dando a partir de una demanda de un determinado grupo de mujeres?, digo, esto de pensar la salud como algo mucho más complejo que tiene que ver con la salud psíquica ¿no?, quizás tiene que ver con eso lo que me estabas diciendo.

C: Y Nación, al ir con políticas focalizadas, no puede ver todas las problemáticas de las vulnerabilidades sociales que uno aborda cuando llega al consultorio, cuando llega una chica a consultar por, por anticoncepción, no solo comienzan a verse estos problemas, sino que abrís un abanico que es gigantesco y, por ejemplo, Nación lo que en este momento está mandando es la anticoncepción de cierto tipo, pero, por ejemplo, DIU no manda, ligadura tubaria no te garantiza tampoco quien lo haga, es algo que nosotros como municipalidad no...

E: Es algo que no está difundido, digamos.

C: No, no.

E: En realidad, hay que difundirlo, pero es algo que no está planteado, ¿qué pasa con la ligadura, vasectomía?

C. Y, la campaña está hecha por municipalidad.

E: En este sector, no es recepcionado felizmente por este sector de la población.

C: Sí, lo que pasa que también es un derecho que pueden optar a definir si lo quieren hacer o no, o sea, uno tiene que dar el abanico de las posibilidades que existen, y cada uno elige. Lo que sí a mí me parece es que cada uno, por ejemplo, Nación, sí manda anticoncepción, pero anticoncepción de emergencia, anticoncepción general y Messigi, listo, y bueno, preservativos, pero no... Más allá de lo que se mande no se problematiza sobre qué es lo que uno ve cuando vive esta situación, que si bien, bueno, en el embarazo, a partir del Plan Nacer, va pagando, a partir de las prácticas que se van realizando, bueno, ahí sí se garantiza un poquito más y se escucha cuales son las problemáticas, pero sigue siendo un sistema focalizado, que complica el sistema de atención, porque nosotros, porque tenemos una estructura que venimos desde hace quince años trabajando, hace años que venimos trabajando.

E: ¿Qué pasa en otros territorios, en otros municipios?

C: En otros lugares, yo estoy seguro que produce un cambio en la práctica, de alguna manera te condiciona, porque si vos, a partir de hoy, vas a pasar a contar con un recurso económico mayor para trabajar, porque el recurso económico es para garantizar que vos realices las prácticas, o sea, en algunos casos puede ser para sueldo, pero en la mayoría de los casos no es para sueldo, es para comprar insumos, para lo que vos vayas necesitando.

E: En ese caso, ¿cómo hacen el espacio, cómo lo organizan, con los profesionales con los que ya cuentan?

C. Y sí, claro.

E: Profesionales de la salud.

C: Y sí, nosotros, son todos profesionales nuestros.

E: Y eso ¿cómo lo administras, cómo, cómo...?

C: No, yo lo que te estaba queriendo decir es que en los lugares por fuera de Rosario, donde no haya un sistema de salud que ya viene con cierta maduración, el trabajo es muy complicado, porque llegan con una estructura focalizada que lo que tiende es a que se atienda a ese grupo etario, ese grupo poblacional y se olvide de todo el resto.

E: Sí, sí, sí, básicamente, tapar ese agujero, pero no ver la problemática de raíz.

C: Exactamente.

E: ¿Cómo se llega al equipo?, acá hay un equipo interdisciplinario, hay psicólogos,

hay...

C: Hay trabajadores sociales.

E: Eso lo trabajan acá o lo derivan.

C: Nosotros somos, tenemos equipos de referencia, además de los equipos del Centro de Salud, tenemos una reunión de equipo donde trabajamos situaciones complejas y situaciones de organización del equipo donde se van viendo las problemáticas que van sucediendo semanalmente, aparte tenemos una reunión quincenal donde se reúne un equipo de referencia que está constituido por uno de los médicos clínicos generalista, la pediatra, el enfermero, la trabajadora social, la psicóloga y, en algunos casos, bueno, yo como jefe del Centro, y ese es alguno de los administrativos. Ahí, en ese lugar, lo que hacemos es trabajar situaciones complejas, ya sea de alta vulnerabilidad social, ya sea clínicamente complejo, en la mayoría de los casos terminamos trabajando los casos complejos clínicos que siempre tienen un enfoque también desde lo social que hay que re-trabajar, bueno estas situaciones, eh..., es una de las situaciones que después se trabaja en ese equipo, tal vez más que nada cuando llega esta situación, se trata de resolver, y después vamos viendo qué pasó, vamos dando en ese espacio.

E: Y a partir del seguimiento es fácil poder resolver.

C: No, no es fácil.

E: Eh..., situaciones, digamos, situaciones problemáticas que tengan que ver con niños y adolescentes que, por lo general, no son quienes deciden, sino que a veces hay adultos a cargo y ¿cómo, cómo le podés dar seguimiento vos?, ¿hay diferencias entre los profesionales?, ¿cómo se pueden resolver esas situaciones, enfrentamientos entre diferentes profesionales?

C: No, bueno, sí, eh..., no solo estamos abiertos a que cada uno tiene su forma de pensar y en la forma de ver las cosas, sí en ciertos principios que para nosotros no se puede ir para atrás, o sea, nosotros estamos trabajando con esta población, donde esta población, donde estas situaciones pueden llegar, y sí, nos parece que uno no puede hacer una objeción de conciencia para trabajar una situación de abuso, por ejemplo. Son situaciones en las que nosotros tenemos que hacernos cargo como Estado y la trabajamos, eh..., puede haber conflicto entre los profesionales, pero bueno, son conflictos que se van a tener que seguir trabajando, sucede todo el tiempo, que hay conflictos entre, con, entre compañeros de

trabajo, no solamente como profesionales, pero si se van trabajando todos los días y se van...

E: ¿Cómo se trabaja la idea de equidad de género ahí al interior de este espacio?, digamos, ¿creés que hay realmente una mirada equitativa dentro del espacio, vos, como miembro, como coordinador, o como quieras denominarte?, porque muchas veces militamos esta idea de igualdad de equidad de género, pero tanto del hombre como de la mujer también muchas veces las mujeres en situaciones de poder hacemos abuso, ¿cómo es esto, cómo se escuchan todas las voces?

C: No, bueno, eso yo, sí me parece que a raíz de varias situaciones que han sucedido en ese sentido, me parece que el equipo, dentro de todo, tiene una conducta bastante homogénea en trabajar las situaciones de género transversalmente, pensando en que uno está en una condición, otro está en otra, si vas viendo alguna situación, poniendo al lado de otra, viendo cuál es más compleja y cuál es la que vamos a estar teniendo que ponernos ya, y cuál es a la que vamos a tener que darle tiempo para que tal vez la mujer pueda hacer ese duelo en sí misma, para después llegar a la denuncia, llegar a otro lugar, pero en este sentido el equipo, la única, la única contradicción que aparece claramente es la dificultad que se da, a ver, esperá...

(Interrupción.)

C: O sea, eh..., las dificultades aparecen cuando hay que hacer una denuncia, ahí sí, este, porque uno, a comparación de cualquier otra institución el Centro de Salud, trabaja mucho con el barrio y trabaja mucho con la gente, y no está yendo al barrio todo el tiempo, y por ahí sí, ahí aparece una contradicción cuando uno escucha tal situación y, bueno, la asesora, y bueno, hay que pasar a la etapa de la denuncia, y ahí algunos trabajadores, bueno, sí, les cuesta mucho pasar esa etapa, más que nada por temor a las situaciones que uno trabaja, de que [va] al barrio si hay alguna urgencia o para trabajar sobre algún...

E: Y la mirada de los otros.

C: ¿De qué otros?

E: En el denunciante, las miradas de todos los otros.

C: Sí, sí.

E: ¿Tuviste que sufrir vos o un compañero, verte inmerso en una situación de violencia hacia un paciente, hacia una paciente, de padecer estas cuestiones que tienen que

ver, a veces, bueno, con, de los pacientes, sentidas como discriminatorias?, situaciones de violencia, digo, situaciones quizás de trato o de maltrato de la misma cotidianidad, a lo que te lleva la misma del que tener que trabajar en un espacio como este.

C: Y, lo que pasa, es complejo responderte esa pregunta, porque yo situaciones...

E: Sin nombrar, situaciones que hayas tenido que decir: "che, mirá, me parece que no la trataste bien o no lo trataste bien o no le informaste lo que debías informarle quizás".

C: No, mirá, en lo posible no, yo..., al menos en mi caso no puede haber, sí ha habido quejas de algún trabajador de algún maltrato a un paciente, pero no de una cuestión de discriminación, pero qué sé yo, porque en ese momento justo se le habían volado los patitos y bueno, ahí tuve que salir yo y marcar la cancha, porque en verdad uno puede tener mil problemas personales, pero los pacientes no tienen la culpa o el atender...

E: Sí, también de atender.

C: Sí, el atender a veces te desgasta.

E: ¿Hay pocos profesionales, digo, hay ausencia de, hay una sobredemanda, o el paciente va al Centro de Salud y no va al hospital, digo, hay ausencia de, hay muchos?

C: No, lo que pasa es que si nosotros estamos en una estrategia de atención primaria eso, eso es lo que se hace muy complejo, porque si nosotros estamos pensando todo el tiempo, o al menos en este primer nivel de atención, siempre pensamos en una estrategia de atención primaria.

E: ¿Faltan profesionales?

C: Es muy complejo el tema, el tema es que vos, al pensar una estrategia de atención primaria, el primer nivel siempre va a tener que ver todos los pacientes que van a llevar al segundo y al tercer nivel, porque el seguimiento de ese proceso de atención debe estar garantizado por el primer nivel. A partir de eso, uno va articulando las derivaciones con el segundo o el tercer nivel, según vaya siendo la complejidad de esa situación clínica, pero después va a volver todo ahí, entonces qué pasa, los Centros de Salud nos encontramos con que tenemos más que nada en los Centros de Salud una población a cargo de casi 20 mil, 30 mil pacientes.

E: Aproximadamente, cuarenta pacientes por día.

C: No, mucho más, por médico.

E: Ah, bueno, por médico puede llegar a ser.

C: Nosotros, por día, estamos viendo casi doscientos cincuenta, trescientos pacientes.

E: Impresionante.

C: Es un montón.

E. Entonces vos pensás que el trabajador de la salud está en una situación de estrés.

C: Y, el trabajador de la salud, por lo general, sí, nosotros hemos generado una apertura todo el tiempo de lo que pasa, es que también lo que tratamos es de abordar las problemáticas que están sufriendo los pacientes, entonces uno tampoco puede cerrarse y decir “no, nosotros atendemos más porque nosotros estamos para garantizar la atención a la población”, los profesionales están pidiendo, por lo general, el equipo, los equipos de salud están quedando chicos, nosotros estamos esperando el censo para ver cuál es la población que en referencia debería estar llegando.

E: El noroeste es uno de los distritos...

C: Más amplios.

E: Más populosos, aparte con mucha población joven.

C: Claro, el noroeste y el oeste.

E: Ah...ah.

C: Frente a una tendencia de crecimiento todo el tiempo, es impresionante, con decirte, nosotros hemos trabajado en los últimos, a partir de hace seis meses, la embarazada, la embarazada, pudimos hacer un trabajo estadístico de en qué momento llegaba de su embarazo, hay normas internacionales que nosotros las tuvimos en cuenta, que los pacientes deberían acceder a que las embarazadas se les debe dar atención antes de las veinte semanas porque se pueden evitar ciertas patologías que pueden influir en el embarazo y en el niño, eh..., y por eso se trata, bueno, nosotros estábamos viendo, hicimos todo un análisis y vimos que un tercio de la población embarazada que estábamos viendo estaba llegando tarde a atenderse, o sea, por más que nosotros estábamos garantizando la accesibilidad, estábamos con los vecinos, llegaba tarde; entonces lo que empezamos a hacer es de volver a trabajar con los vecinos y las embarazadas, no sacar más turno, o sea, la embarazada que llega de primera vez llega y se atiende en ese día, en ese momento, no espera, o sea, espera un ratito y espera que se vea a la paciente que está y se atiende.

E: Y como prevención concienciar a las jóvenes.

C: Bueno, sí, eso también, y eso, por eso queremos volver a hacer el taller en febrero-marzo, porque estamos viendo que están llegando muchas embarazadas. Yo por ahí, a lo que quería llegar es a esto, la obstetra está viendo entre cuatro y cinco embarazadas nuevas por día, nuevas, que nunca llegaron tampoco al Centro de Salud, y son de nuestra zona. Nosotros ya hace que estamos tres años, pero son de nuestra zona de influencia, no es que son de otra zona y entre cuatro y cinco por día, es una locura, por eso dijimos, vamos a empezar a trabajar nuevamente, vamos a instalarlo y trabajar nuevamente.

E: ¿Se le hace una serie de preguntas, algún cuestionario a la mamá que viene por primera vez, se le pregunta si saben sobre los métodos anticonceptivos?

C: Sí, sí, está, eso se le pregunta, y saben sobre los métodos anticonceptivos, algunos no lo tomaban, otros...

E: Cómo tienen que cuidarse, cómo tienen que cuidarse a partir del embarazo, ¿viste que eso...?

C: Sí, sí.

E: Muchas mamás no lo tienen muy en claro.

C: No, no, el tema, hay más que nada concepciones erróneas.

E: Si nace el bebé, la mamá se olvida de ella, y bueno, también el seguimiento, la alimentación, el amamantamiento son todos pasos que imagino que, si son muy jóvenes, bueno, esas cosas también son piolas que se hablen, y yo también lo veo como algo que hay que trabajarlo, bah, a lo mejor ustedes lo están trabajando.

C: Bueno, eso justamente no, no estamos teniendo inconvenientes, al contrario, todas las embarazadas que están viniendo están volviendo a atender a su hijo acá, y sí tenemos articulado, o el paciente, durante los nueve meses nos vamos a encontrar, durante el embarazo vamos diciéndole que cuando ella vaya a la maternidad y tenga al bebé, que así como se la atendió a ella la primera vez durante su embarazo, sin sacar número, los chicos recién nacidos, también hacemos lo mismo. Llega el chico recién nacido, se ve, se hace el primer control y después ya se programa para seguir los otros controles, pero también más que nada, para que en ese primer control ya trabajar los problemas que vayan sucediendo, y trabajar con la madre la cuestión del amamantamiento y todo el seguimiento, y de que lo importante que es el seguimiento porque si no, por ahí, pasa lo que sucedía antes, que estaba seis meses y no la había controlado nunca, y el bebé después llega tal vez con alguna

patología que se va generando en ese tiempo, porque todo bebe que, si en la maternidad tienen alguna complicación, se comunica, se habla con la pediatra que lo va a recibir y ya se articula un turno, pero ya hizo una epicrisis por la salida, entonces uno ya tiene para garantizar.

E: Entonces hay una articulación.

C: No hay una articulación, todo el tiempo lo estamos trabajando, bah, qué sé yo, la estamos remando, porque igualmente hay inconvenientes, no es que una trabaja sobre este tema y ya esta se soluciona y mañana empezamos a trabajar todo así, porque tampoco es así, vamos discutiéndolo todo el tiempo, lo vemos en las reuniones de distrito. Tenemos una reunión territorial de distrito y lo vemos también, en esa asisten todos los efectores de la provincia y de la municipalidad, porque estamos también queriendo articular con la provincia un sistema nuevo de salud.

E: Sí, eso como va.

C: Bueno eso..., eso está en proceso que, bueno, eso también va a hacer que los Centros de Salud de la Municipalidad tengan un poquito más de oxígeno, porque hoy en día nosotros estamos tomando toda la población, los Centros de Salud.

E: Porque los hospitales provinciales todavía no están.

C: Y los hospitales provinciales todavía no se encuentran en una estrategia de atención primaria, ellos siguen haciendo, de hecho, nosotros..., bueno, todo el tiempo estamos viendo pacientes nuevos que son de acá y, y..., muchos de los pacientes, cuando uno empieza a indagar en la consulta, toda su vida se atendió en el Centenario pero en el centenario lo vio quién, un cardiólogo, nada más, entonces...

E: No hay historia clínica, no hay...

C: Hay historia clínica, pero de lo cardiológico, ese es el problema, el problema de no ver a la atención primaria como una estrategia es, es el problema que también tenemos en la clase media de alguna manera, eh..., uno va al, así, al especialista queriendo que, queriendo llegar a ese problema, pero igual, en verdad, el especialista no tiene una mirada integrada de toda la situación que puede uno llegar a abordar la crítica.

E: Lo que es hay una carencia, de la presencia de una mirada general, en primera instancia, del médico, digamos, de cabecera.

C: Exactamente, que en verdad eso no sólo que economizaría más recursos, porque

vos si vas al clínico, el clínico determina que es necesario que te vea un endocrinólogo, te va a derivar al endocrinólogo, ahora vos vas creyendo que tenías que ir al endocrinólogo y en verdad tenías que ir a otro especialista, si vas por especialista, por lo general, si uno va al clínico, lo que hace es también, es ver a la clínica más ampliada, o sea, no solamente va a ver su problema de diabetes con el endocrinólogo, sino que va a ver toda la complejidad clínica que va a tener ese paciente, y en esa complejidad clínica también empieza a jugar todos los factores sociales y los factores familiares que hace que uno complejice más la clínica, porque el problema es que es si uno... se atendería a los estándares normales, por ejemplo, un diabético haría la dieta que uno le pide como clínico, y después lo sigue con una medicación, va a andar perfecto, ese es no es el problema, el problema es que ese paciente, cuando uno empieza a indagar, bueno, no tienen los recursos para hacer esa dieta que le piden, muchas veces los especialistas están en desconocimiento de la realidad que están viviendo esos seres, el paciente, y no solo que no tiene los recursos económicos para acceder a esa dieta, sino que ahí empieza a conocer de que sus problemas también eh..., eh..., hay problemas de violencia familiar, el esposo la golpea..., eh..., no la deja ir al consultorio médico porque tiene celos, entonces uno empieza a trabajar y empieza a abrir el abanico y ahí hay un montón de situaciones que empiezan a trabajar a través de una consulta clínica que se dio por, eh..., eh..., se desmayó una vez porque tuvo un pico de diabetes, y a partir de eso uno empieza a abrir el panorama y hay un montón de cosas.

E: Entonces para vos, Gonzalo, ¿cómo se soluciona eso?, logrando maximizar recursos, así esta relación que se está reestructurando entre provincia y municipio...

C: Y, yo creo que, o sea, si la provincia-municipio se puede llegar a madurar en un sistema diferente de salud de la provincia, y podemos, eh..., vamos avanzando, pero muy de apoco, y va asumiendo una población, qué sé yo, más amplia, desde los Centros de Salud de la provincia, hoy en día los Centros de Salud de la provincia ven un cuarto de lo, de los Centros de Salud municipales, van cambiando de a poco, pero todavía no está hecha la apertura, porque también hay que cambiar muchas concepciones ideológicas, eh..., eh... están en contra de un sistema de atención primaria, y no sólo eso, sino que también vienen al lugar de trabajo como tal vez un lugar donde le garanticen la obra social y su trabajo está puesto en lo privado, o sea, no está puesto como ese es su trabajo, eh..., en algunas situaciones, y en otras situaciones, totalmente contrario, y están comprometidos, y te digo

trabajan para hacer un cambio, pero va a llevar mucho tiempo.

E: Darle otro valor, otro significado al espacio de trabajo, o quizás, digamos, mejorando las condiciones, digo, laborales, de los trabajadores de la salud, pero también, digamos, en pro de una mejor atención para con los pacientes.

C: Exacto, y lo que sucede también, por ejemplo, en la municipalidad, es que si bien, por ejemplo, nosotros, el 25%, por ordenanza municipal, nosotros el 25% de la financiación del, del...

E: De la...

C: Del presupuesto.

E: De lo que tiene el Centro.

C: No, no, el 25% de toda la municipalidad, por ordenanza municipal, debe ir a garantizar el sistema de salud. Este año, por ejemplo, se gastó el 29% del presupuesto de la municipalidad, y así y todo hay un déficit importantísimo, porque no podemos llegar, o sea, hay déficit, hay, por momentos, por medicación, pero es porque es muy caro garantizar un sistema de salud a la población gratuito y donde uno está todo el tiempo tratando de ver...

E: Sobre todo cuando el municipio se tiene que hacer cargo de otra situación, de otras ausencias.

C: Exactamente, que en eso, en el recurso de la municipalidad, siempre va a ser corto para mi forma de verlo, o sea, porque el municipio, cuando quiere, asume esta definición, eh..., eh..., yo creo que fue también pensando que otros niveles fueran, otros niveles políticos puedan asumir también parte del gasto, ahora estamos avanzando en la provincia, desde que el socialismo asumió la provincia va haciendo un cambio, y la idea es poder generar el cambio que se genere en el municipio de Rosario.

E: Largo y arduo.

C: Y no, mirá, llevó quince años, llevó quince años hacer este cambio que podemos verlo recién ahora, que hace dos años, lo podemos ver en los últimos cinco años, porque fue un trabajo que en los últimos quince años no se veía, era un referente en salud, pero no era tan fuerte, hoy en día nadie te cuestiona la salud del municipio, de hecho tiene premios internacionales por todos lados, por el sistema de salud que ha logrado, y que es totalmente gratuito y es financiado por los aportes de los vecinos, que eso también es importantísimo, la evaluación de los mismos vecinos ha ayudado a que el sistema de salud se dé también de

esta manera, eh..., sí la Nación tiene que producir un cambio importante en dejar de ver estructuras focalizadas en ver de garantizar la salud pública, y en los lugares donde ya se puede ver una salud pública fuerte, nosotros vamos hacia un sistema único de salud, es nuestro interés y es nuestra finalidad, nosotros, para mí esto también es algo particular, a mí me parece que la salud tiene que ser pública, porque estamos hablando de un derecho inalienable, como es poder vivir..., eh..., eh, y no podemos pensarlo como estructuras privadas como la que hoy hay de, se ha buscado mucho los noventa de que así sea, tal vez...

E: Por lo menos, hasta la instancia de segunda, de no gran complejidad, una gratuidad.

C: Un acceso, un derecho a la vida, o sea, uno va viendo, el otro día Michael Moore Saidcol, no sé si la viste, pero te muestra cómo en la globalización, en el capitalismo feroz donde supuestamente ellos viven o supuestamente, cómo la gente se moría por no tener acceso a la salud.

E: O, porque, digamos, el seguro no te cubría determinadas situaciones.

C: Porque no era redituable, justamente, en la salud no puede pensar en la rentabilidad que tiene un paciente con una complejidad clínica, todo lo contrario.

E: A diferencia de pensar en el gasto público en términos de inversión, pensarlo en términos de gastos, no digo, una población sana puede educarse, puede formarse, puede trabajar, puede crecer, creo que esa es la idea de cómo se debe pensar el mal denominado gasto en salud.

C: Y el gasto.

E: Esa es la idea, me parece a mí, de todos los municipios progresistas, o como los estamos viendo.

C: Y es la idea general así, lo que pasa que, o sea, yo no..., no concibo un Estado sin garantizar el derecho a la salud, el derecho a la educación, derecho a la cultura, parece que deja de tener el rol de Estado.

E: Pero todavía cuando estamos hablando de vida, sobre todo lo que a mí más me conmueve, y tienen que ver con la vida de las mujeres que traen más vidas, digo, me parece que sin lugar a dudas es allí donde debemos poner toda la energía toda la fuerza y la gestión, y también desde la sociedad civil, que me parece que tampoco es menor el laburo

que se puede hacer desde allí.

C: No, sí, sí, yo, pero tampoco, o sea, yo lo que quiero que entiendas es de que, eh..., así como uno pone el desgaste más fuerte también en ver que estas situaciones sean abordadas, también hay otras situaciones, porque una paciente no puede morir a los veinticinco años con TBC o una tuberculosis cuando hoy en día es una enfermedad que es curable, y que a su vez, si no la tratás a tiempo, pero si no se trata, es una enfermedad que va contagiando a otras personas, hoy en día es una enfermedad que es curable, el problema es que es muy complicado llevarla, eh..., eh..., de que esa persona haga el tratamiento o que, que tenga una responsabilidad de su tratamiento, pero así como la embarazada, te digo, así como un niño, o sea, eh..., es que es tan, hay diferentes, es, diferentes, diferentes estratos de la sociedad que van asumiendo diferentes complejidades, y me parece que nosotros, como sistema de salud, tenemos que estar garantizando que las personas tengan una vida digna si está en nuestras posibilidades.

E: Seguro, seguro, bueno, Gonzalo.

C: Un gusto.

E: No te robo más tiempo.

Entrevista 3

Entrevista al Centro de Salud del Distrito Oeste.

El día 15 de diciembre de 2010 hablamos con Lucía (en adelante, L), Licenciada en enfermería que coordina el Centro de Salud en conjunto con Rosa, Licenciada en Ciencia Política.

I: Hola, tu nombre es Lucía, ¿no?

L: Sí, coordinamos con Rosa, tu colega.

I: ¿Rosa?

L: Es Licenciada en Ciencia Política.

I: ¡Ah! Sí, la conozco a Rosa. Bueno, mirá...

L: Justo hoy no vino.

I: Bueno, después, en todo caso, la buscaré. Sí, sí, la conozco...

L: Sí.

I: Y vos coordinás...

L: Todo, las dos coordinamos todo, pero cada una tiene su tarea específica.

I: Vos..., tu...

L: Yo estoy en enfermería...

I: Y siempre trabajaste en lo público...

L: No, no, yo hace veinticinco años que me recibí, y hace doce años que estoy en lo público.

I: Doce años que estás en atención primaria, en el cuidado de las personas. ¿En qué otro estuviste?

L: En la zona, en la mayoría. Bah, estuve en muchos, pero cuando empecé rotaba, viste.

I: Y bueno, yo le había preguntado un poco a los chicos cuáles eran las demandas sobre salud sexual, quién se ocupaba, la ginecóloga, si la pediatra que se especializa en adolescencia, si se ocupan las enfermeras, ¿cómo lo manejan?

L: Mirá, nosotros, ese tema, el abordaje lo hacemos en el equipo y cada uno desde su especificidad hace, no sé, por ejemplo, estás aplicando un anticonceptivo y, qué sé yo, puedo reforzar hablar o consulta por otro motivo, reforzar.

I: Por ejemplo, lo detecta ginecología y después enfermería lo que hace es hablar.

L: No, no, siempre, por ejemplo, por la forma de organización que tienen el Centro de Salud, la admisión la hace enfermería. Toda persona que no está su médico o es nuevo en el Centro de Salud pasa para enfermería, y empezás a ver qué necesita, y por ahí surge el tema, viene por un dolor de cabeza, qué sé yo, y empezás a hablar del tema, de la anticoncepción.

I: ¿Cuáles son las preguntas más frecuentes?

L: Mirá, en todo casos, nosotros somos los que preguntamos, son pocos los que viene porque me quiero cuidar, viene a buscar...

I: A buscar para cuidarse.

L: Sí.

I: ¿Y se cuidan más de las enfermedades o de los embarazos? No...

L: De los embarazos.

I: Y ahí ustedes aprovechan.

L: Sí, mirá, justo Rosa, me gustaría que hables con ella porque está participando de embarazos en adolescentes, porque el Distrito Oeste somos los que lideramos las consultas de embarazadas adolescentes. Nosotros lo hemos trabajado en el equipo, porque no es solo la responsabilidad de la ginecóloga o generalista en el control ginecológico, la idea es que podamos estar aprovechando estas instancias, porque es este tema y otro, el del VIH, otros temas, drogadicción, poder estar aprovechando algún contacto para trabajar.

I: Y los embarazos, ¿ustedes tienen algún dato por qué se dan?, ¿son deseados?

(Interrupción por pacientes que piden información.)

L: Eso es, no podemos generalizar.

I: Hay métodos para cuidarse, hay...

L: Mirá, yo de ese tema, están los... (interrupción por llamado telefónico de una colega), justo Rosa.

I: Están trabajando así, en conjunto, me decían, le llegan los insumos como para proporcionar, la responsabilidad de cada uno, la posibilidad de una anticoncepción, digo, los ACO, los DIU.

L: Sí, sí...

I: Los colocan...

L: Sí, sí, están, y es más, la tocoginecóloga participa en el grupo que hace la ligadura tubaria, en el CEMAR, en el segundo nivel. O sea, ese tema lo hemos trabajado muchísimo, vos fijate que ahí, en el mostrador, hay preservativos que cualquiera puede retirarlos, que puede ser en farmacia, en enfermería, en todos los consultorios, está para que se los lleven a la casa.

I: ¿Vienen personas jóvenes a buscar preservativos?

L: No, no, jóvenes, chicas, personas mayores, están los insumos, están.

I: Y todo lo que es folletería ¿también les llega?

L: No, afiches no, poco poco.

I: ¿La gente más grande viene a pedir información?, por ejemplo, las mujeres.

L: No, generalmente, ya están, ellas tienen.

I: Por lo general, vienen a buscar las pastillas.

L: Sí, sí, las pastillas, ya de alguna u otra manera tienen el vínculo con su médico

tienen, ya sean pastillas, inyectables.

I: ¿Han tenido casos que han solicitado para hacerse el HIV?

L: No, nosotros tenemos..., más que nos pregunten ofrecemos.

I: Por ejemplo, hay un chico que la acompañaba a la hija. Hay dos formas de captar, hay algunos que ya por normativa, como ser una mujer embarazada, se le ofrece hacerle el HIV, y viene uno y ya le pide el de la glicemia y le decimos: “mirá, esta misma muestra te sirve para el del HIV, ¿querés hacértelo?”, y lo pedimos. Cualquiera del equipo lo puede pedir.

I: ¿Tuvieron casos?

L: Sí, tenemos.

I: ¿Tuvieron casos de mamás embarazadas de transmisión vertical?

L: Sí.

I: También, ¿y tienen medicación?

L: Sí, hay un circuito que garantizan que lleguen si retiran la medicación acá, los embarazos de riesgo tienen seguimiento.

I: ¿La medicación llega?

L: Está, está, lo que es salud de la mujer lo estamos trabajando.

I: ¿Qué pasa con la mamá que descubre que tiene HIV y tiene que amamantar al bebe?

L: No, no, mirá, en realidad, como ya las embarazadas trabajamos con alto riesgo y eso se aceptó bastante desde la Martín o el Roque o donde fuese que se internara, ya viene con la lactancia suspendida, se le garantiza la leche para el bebe, eso se trabaja.

I: Llegan chicas con abortos o...

L: Sí, sí.

I: ¿Cómo proceden ante esa situación?

L: Como con cualquier mujer que consulta, en lo que se hace es poder facilitar para que llegue más rápido y no se complique.

I: Eh, bueno, obviamente que es de alto riesgo, pero ¿cómo se sigue después?, hay un acompañamiento psicológico acá desde el hospital.

L: No, no, todos acá van al psicólogo, te imaginás, tenemos solamente dos psicólogas y... siempre están referenciados hacia algún médico acá, la mayoría, entonces,

cuando hay una derivación así, se le comenta a su médico. Por ejemplo, nosotros hablamos si no está su médico, y si no está, hablamos a ver cómo está, y siempre esos casos vuelven para un control, y ahí se trabaja el caso de una chica que tenía dos abortos, hay que trabajarlo. Ahí interviene el equipo, no igual que fue que tuvo el accidente, tuvo un aborto, o sea, hay situaciones, a veces por demás de complicadas.

I: ¿Y están en pareja? A veces sí...

L: No.

I: Y los chicos, digamos, tenemos muchas situaciones de drogodependencia, chicos que muchas veces contraen el HIV, buscan de cuidarse, vienen a pedir ayuda.

L: Mirá, nosotros, como distrito, estamos dentro del CIC, Centro de Integración Comunitaria, que está la mesa de gestión.

I: ¿Este Centro de Salud tiene un nombre?

L: Estafieri.

I: Estafieri.

L: Que estamos dentro de esta organización, está el Crecer, el Centro de Salud, todos los lunes tenemos una reunión de CIC con los referentes de la comunidad de distrito y de la sociedad y ahí se...

I: ¿Y como sería?, ¿trabajan con organizaciones?

L. Sí, sí, sí, y entonces ahí, desde ahí, se definió como problemática “adicciones”, viene desde el barrio Toba, y en esa problemática de adicciones esta lo de VIH. El primero de diciembre hemos trabajado en una feria en un comedor la detección rápida de VIH, lo que es cuidarse, que no solo hay que cuidarse con las pastillas, es tener parejas estables, o sea..., el médico que pasó trabaja en el que esta por Bv. Seguí, donde concurren los chicos, hacen actividades en el día y se da educación sexual, trabaja junto con la referente territorial de educación para la salud, se trata ahí, en el espacio donde están los chicos.

I: ¿Y por ejemplo, se arma algún taller?

L: Talleres, sí, sí.

I: ¿Y van?

L: O sea, no es que el taller se convoca “vamos a trabajar educación”, sino hay que sumarse a un taller que ellos están haciendo en otra problemática y uno aprovecha.

I: ¿Y cómo convocan? ¿Con las organizaciones del barrio?

L: Con las organizaciones, nosotros estamos convencidos de que nosotros podemos estar sumando desde lo que sabemos, pero lo que van a organizar es la comunidad.

I: Los chicos van más a las organizaciones que a los CENTROS DE SALUD; hay organizaciones que vienen a buscar, por ejemplo, preservativos.

L: Si la gente, por ejemplo, la organización, son pacientes nuestros, Naza es paciente de acá y no es que él lleva preservativos sino que...

I: Sí, lo conozco a Naza, viene, eso está activado, pero se acercan más a las organizaciones, es como que tienen más confianza, ¿no?

L: Sí, sí, nosotros trabajamos con lo que es..., porque no solo se colabora con el enfermo, tienen que haber otras cosas, y cuando uno tiene ese vínculo va a servir.

I: El estado de salud en su totalidad.

L. Claro, nosotros trabajamos con su referente, por ejemplo, te digo, hoy estamos discutiendo en una reunión, una chica adolescente, que la bebe esta en la neo, entonces no solamente la herida, que la vamos a curar, de cesárea, es cómo está yendo allá, cómo lo va a transportar, cómo va a ser cuando vuelva. Es una chica adolescente y tienen los abuelos, por ejemplo, entonces hay que ver otras cosas, estar con ella, está con la psicóloga.

I: Y a posteriori, digamos, sí buscan de cuidarse, de que esto no le vuelva a pasar.

L: Y sale eso...

(Interrupción.)

I: Digamos, se vienen a controlar y se les dice.

L: Mirá...

I: Buscan...

L: A veces, es complejo, dicen si tienen pastillas, porque no las toman, no, no, es más complejo.

(Interrupción.)

I: A veces, en los hogares más carenciados, siguen esto como una tradición.

L: No, no, es complejo, yo ahí siempre tuve mis objeciones, hace doce años que estoy acá, y no es así, porque son jóvenes, porque no tienen salida o porque el marido no quiere que se cuide, no, no, para mí es más complejo.

I: Y con las más grandes, ¿cómo es eso cuando los hombres quieren seguir teniendo hijos?

L. Mirá, hay pacientes que la inyección, hay pacientes que se hacen la inyectable y la tarjetita la tenemos acá, y el marido no sabe, por eso hay de todo, en todo los problemas... Porque faltan los anticonceptivos, porque no entienden lo que se le dice o porque la única salida para tener recursos económicos, cada caso...

(Interrupción.)

I: Con respecto a la organización, el equipo, la idea de que tanto hombres como mujeres tenemos derechos a vivir nuestra sexualidad, el derecho a decidir sobre su propio cuerpo...

¿Cómo lo perciben el pensar mujer y hombre en equidad de condiciones?

L. Sí, mirá, nosotros partimos de que la mujer tienen el derecho a elegir, se puede cuidar, tenemos la obligación de brindarle toda la información posible y dejarle al alcance todo, pero la mujer tienen derecho. Porque, por ejemplo, una chica se droga, tiene VIH, está buscando un embarazo, que qué hacen, ella tiene derechos, los trabajamos, lo trabajamos.

I: Se le explica lo que es tener un hijo y todos los riesgos que eso...

L: Claro, no es que digamos, por suerte, ya, después de muchos años, tenemos la posibilidad de trabajarlo, de que la mujer tiene derechos, es un sujeto de derechos, no es que va a venir un tipo y le va a decir lo que tiene que hacer. Entonces, ahí, uno dice, con un profesional salen muchísimas cosas que se pueden trabajar, nosotros, en la salud de la mujer, tenemos, por ejemplo, el PAF, el Papanicolaou, que se hace uno por año, y cada Papanicolaou tiene un circuito espectacular, y esos salieron alterados, fijate que yo tengo la orden...

(Interrupción.)

I: Y en cuanto a vos, en lo que respecta a vos, ¿sentiste alguna vez que en tu trabajo, en lo público, en otro sector, o en este mismo espacio, no, no se daba, no se estaba procediendo equitativamente? ¿Alguna vez sufriste una situación de abuso de poder por un hombre que está en una situación de coordinación de jefatura con respecto a vos?

L: No, no por suerte no, eso no y tampoco lo permitiría.

I: Bueno, pero viste que a veces uno está en el trabajo y...

L: No, por suerte no.

I: Y alguna vez te toco en algún espacio de trabajo, en lo privado quizás algún tipo de violencia institucional

L: Sí, eso sí.

I: ¿Creés que tiene que ver con el hecho de ser mujer?

L: Eso, sí, mirá, para darte un ejemplo, porque también coordino otros lugares y estábamos hablando, yo hace veinticinco años que me recibí, hace veinte años que estuve haciendo una pasantía por el HECA, tuve que ir al quirófano, y ser cirujana, yo no podía ser cirujana(...)yo pude, hace dos años, entrar otra vez por otro tema. Ver un cirujano la verdad que es otra cosa, aparte la relación entre ellos, en cirugía, cómo circula, es otra cosa.

I: Ha cambiado.

L: Ha cambiado.

I: Y el equipo acá, ¿cómo se relaciona?, ¿son pares, hay diferencias entre los administrativos y administrativas?

L: La realidad es que tratamos de construir un equipo, pasa que en ese equipo hay inequidad, y la hegemonía todavía está, y hay que trabajar y tenés que trabajar, y eso hace que quizás, por esto, das diez pasos, retrocedes uno, entendés, nosotros coordinamos, yo soy enfermera y es... cuentista política.

I: Y esto de..., está en el trabajador, trabajadora de la salud, cómo quedan embarazadas, por qué no vienen a buscar las pastillas si acá están.

L: Sinceramente, están sí, menos, que sea en una maternidad las cosas que uno escucha...

I: Pero...

L: Sí, están, están, todavía está, el poder, mirá que tiene quince años, mirá que no tomó las pastillas, que no vino al turno, que no vino al... ¡Qué le importa el turno cuando debe tener cien mil cosas más importantes en su vida, y en la precariedad en la que vive, que anda corriendo!, y eso se discute, por lo menos se discute, por lo menos acordamos. En otro momento, quizás no, que no vienen por la vacuna, los abandona, porque vienen todos juntos.

I: Por qué vienen por esto si en realidad es algo mínimo.

L: Por eso, hoy estuvimos discutiendo por esto, la equidad, la universalidad, el derecho, el derecho a la salud. Sin ese derecho a la salud y a la universalidad..., a veces no podemos recibir a todos, pero de ese, de todos, tenemos que ver si uno conoce a su paciente, de esos cien mil que vinieron, voy a atender veinte, pero hay que ver a los otros,

yo les di herramientas: no venir con un pico de fiebre la mamá, cuando yo la acostumbré la gotita, la gotita, olvidando que se lo podía bañar.

I: Pero muchas veces los pacientes necesitan la palabra del profesional, ¿no?

L. Sí, también.

I: Bueno, sí, por supuesto que también vienen por la medicación gratuita, y eso molesta.

L. Sí..., pero aparte, para mí, las personas van a ir a buscar lo que vos ofrecés. Mirá, si vos les das recetas al paciente, le decís: “mirá, tomate la presión, pero todos los días, después me traes el papelito”. Nosotros trabajamos distinto, a ver, te estás controlando, a ver qué te estás controlando, el control de la presión es para..., a ver, las cosas, las modificaciones que hiciste, sirvió, entonces el paciente te mira: “no, lo que pasa que vengo y después la doctora se enoja porque no viene a controlarme”, esas son las pequeñas cosas, donde, donde está la autoridad, donde está la independencia. Nosotros lo discutimos, nebulizaciones tres veces por día o solamente con suerito, habrá situaciones que vengan acá, de generarse, que vengan acá con calor o frío, qué hacen, no, ahora se discute a, en comparación...

I: Pero el hecho de que se pueda discutir es poner ya sobre el tapete una problemática, ¿en todos los Centros de Salud tienen demasiados pacientes? ¿Van rotando los turnos?

L: Mirá, la discusión es que hay muchísimos, sí, pero mucho de qué, de qué estoy atendiendo, que visualicemos por escrito que son mis consultas, tengo cien diabéticos, tengo que hacer algo poblacional con esos cien diabéticos, si tengo alterados, como ahora, que hicimos estos...

I: ¿Ustedes deben hacer el informe?

L: Sí, mirá, nosotros esto lo discutimos, que todo informe, que todo resumen, que sirva de herramienta para que nos ayude a visualizar el trabajo, más allá que nos tiren datos. Esos datos nos sirven, por lo menos ahí es la discusión.

I: Más allá de la numerología, digo yo, que también eso tenga que ver con una mejora en la calidad de salud de la población.

L: ¿Qué atendemos nosotros?, por ahí tres mil mujeres, esas tres mil, que tengan el Papanicolaou hecho y que se concienticen que se lo tienen que hacer todos los años. Sí,

explicarle y qué es lo que me voy a hacer, y bueno, uno le..., explicarle, eso también se trabaja en el consultorio.

I: Bueno, Lucía, no te voy a robar más tiempo.

Entrevista 4

Entrevista a la Coordinadora del Centro de Salud del CMD Sudoeste. Accedimos a la entrevista después de contactarnos con Lucila, coordinadora del Centro de Salud.

La entrevista fue realizada el día 18 de diciembre de 2010.

L: Específicamente, qué es lo que querés saber.

E: Bueno, primero, ¿cómo está organizado el espacio?, y después yo...

L: Vos decías de la consejería de HIV, consejería, sí, salud sexual, reproducción, todo eso, en realidad, nosotros no tenemos un espacio determinado, lo trabajamos todos al tema, algunos con mayor profundidad y otros con menos profundidad, pero todos estamos trabajando alrededor de lo que es la salud sexual y reproductiva, o sea, para nosotros es uno de los objetivos, es un trabajo muy importante.

E: ¿Vos trabajás también adolescencia?

L: Sí, sí trabajamos, algunos más específicamente, yo trabajo sobre todo las edades de niños más chicos, por eso, si somos dos los pediatras y trabajamos mucho con la mamá y los niños, los adolescentes es un grupo que tiene más afinidad (te miraba el..., me hiciste acordar a un mate que tenía yo),... Con las médicas generalistas Marisa y Patricia Ferrero están laburando más ese tema con los adolescentes, pero vamos a ir, suponete, si yo charlo con un adolescente, yo, el administrativo, para darte un ejemplo, que le manifiesta un problema en ese sentido, lo deriva a alguno de los referentes.

E: Generalistas o...

L: Claro, los adolescentes más a los generalistas, los adultos a las clínicas, los niños más pequeños a las pediatras, porque somos, en el equipo hay dos pediatras, dos médicas generalistas y dos clínicas, pero todos estamos atrás de ese tema.

E: O sea, funcionan un poco a demanda, las enfermeras también o ustedes quizás

tienen alguna.

L: Y tenemos acciones, sí, sí.

E: Tienen acciones, estrategias.

L: Sí, sí.

E: Y eso ¿cómo funciona, cómo es recepcionado, digamos, por la ciudadanía?

L: Y bien, muy bien, mirá, nosotros trabajamos mucho con..., hay un grupo de género que en general son chicas que tienen hijos, muy jóvenes, que comenzó con el programa de inclusión educativa y, bueno, y se formó un grupo que hacen diversas actividades y eso tiene mucha receptividad. Ahora, viste, se cae un poco, pero bueno, los nueve meses que son de mayor actividad del año y que ahora fue cambiado, no solamente son mujeres jóvenes, sino que se agregaron de mayor edad, y van haciendo diversas actividades en relación al género y que tienen que ver con..., se van tomando diversas problemáticas, violencia, violencia en la pareja, abuso, también esto de los proyectos que tengan, ese es uno...

E: Tienen masividad de casos de adolescentes con embarazos prematuros, no deseados o no planificados.

L: No, embarazos no planificados, no, se controlan los embarazos, lo que tenemos es niñas, o sea, muy jóvenes, que tienen sus hijos, lo que tenemos es un gran porcentaje de embarazo adolescente.

E: ¿Y cómo es eso, la decisión de tenerlo parte de...?

L: De ellas.

E: De la niña, de la adolescente.

L: Sí, no es por falta ni de accesibilidad a los métodos anticonceptivos, no es por falta, porque acá hay una alta accesibilidad.

E: Y eso a que responde.

L: Y que me parece que no hay otro proyecto alternativo, es un problema de la situación que tienen las chicas y falta de proyectos alternativos, o sea, el proyecto de la vida tiene que ver con tener un hijo, yo creo que es por decisión.

E: Y por lo general ¿están en pareja?

L: Muchas sí y otras no; no puedo dar números exactos, pero tenemos un trabajo hecho, si vos querés tener más datos, eh..., la doctora Fernanda Candía tiene un trabajo

multicéntrico en donde participó este Centro de Salud con su población, yo te estoy dando, te estoy contestando de lo que es el trabajo hecho.

E: Con adolescentes.

L: Y los jóvenes, digamos, los adolescentes, acuden al Centro para buscar, digamos, métodos para cuidarse, eh..., o en realidad son más las niñas las que acuden. De todos modos, estamos trabajando con todas las secundarias del barrio, incluidos en estos grupos trabajamos temas que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva, con todos los adolescentes que van a la secundaria, hacemos talleres.

E: ¿Cómo lo articulan? Lo articulan con la escuela, ustedes van, la escuela demanda.

L: Y..., la verdad es que este año demandó la escuela, otros hemos ido nosotros, pero este año..., y se hizo, se hicieron talleres todo el año.

E: ¿Por qué demanda la escuela?, ¿las docentes no están siendo capacitadas para educación sexual?

L: No, no. lo que nos han pedido es un acompañamiento, yo creo que ni nosotros tenemos la verdad absoluta ni los maestros tampoco, creo que son temas para trabajarlos, para trabajarlos entre varias instituciones y varias disciplinas, o sea, multidisciplinar.

E: Son reticentes, digamos, los docentes a transferirle conocimiento.

L: No todos, no, en este barrio, no, por lo menos los docentes que con nosotros trabajamos, no, no, son muy abiertos.

E: Y las organizaciones del barrio.

L: Sí.

E: También, digamos, han trabajado o trabajan con jóvenes, vienen quizás a pedir preservativos o pedir información.

L: Sí.

E: O asesoramiento.

L: Sí, las ONG que están en el barrio tienen mucho contacto con nosotros, o viene a lo mejor a través de cultura, pero estamos permanentemente en contacto, trabajando folletería, trabajando en la sala de espera; si vos te fijás, en la administración, hay un dispenser de preservativos, en la farmacia también, el que viene los lleva.

E: Hay, han tenido casos, digamos, de aborto o de situaciones de aborto, o han

tenido emergencia o chicas que han llegado aquí con necesidad de una atención más compleja en esa situación.

L: No, vos sabés que, cuando, eh..., hemos tenido complicaciones de embarazo con aborto, que ha venido uno el año pasado, al ser un Centro de Salud, cuando hay una complicación así severa, si es paciente nuestro, viene y nosotros la derivamos a la guardia, si no, consulta directamente a la guardia, porque nosotros no tenemos.

E: Y...

L: No tenemos conocimiento...

E: ¿Y situaciones de transmisión de HIV vertical?

L: Sí, hay.

L: Siempre refiriéndome más a la población más joven que es por lo general la que está más expuesta, digo, con menos de veinticinco años.

L: Y sí, tenemos casos.

E: ¿Y en ese caso?

L: Pero casos, con la transmisión, lo que estamos viendo ahora es HIV en adultos mayores, está habiendo mucho, es lo que nos está llamando la atención, ese es..., que hacen HIV positivo, otro es el HIV durante la lactancia, es decir, la mamá tienen el bebe, es HIV negativa, el esposo es negativo y luego se positiviza durante la lactancia, pero bueno, fue contagiada luego de la lactancia, y bueno, eso pasa en todas las edades.

E: Y los estratos sociales, digo, ¿la situación de vulnerabilidad económica?

L: Y sí es...

E: Sí...

L: Yo te diría de vulnerabilidad de la mujer, el tema es el lugar que ocupa la mujer, la pareja, hasta cuándo puede exigir el uso de preservativo, yo creo que hay una vulnerabilidad de la mujer en ese sentido, ustedes, digamos, en los talleres o en estos trabajos, eh..., yo creo que hay una vulnerabilidad de la mujer.

E: Y eso en esos talleres o en los trabajos que ustedes hacen en la escuela ¿marcan esta cuestión de los derechos de la mujer, del derecho a decidir sobre su propio cuerpo derecho a...?

L: Sí, tenemos talleres que hacemos mucho hincapié en la violencia, y entre ello, salta la violencia de género, estamos permanentemente.

E: ¿Y en el noviazgo también?

L: Sí, sí.

E: Sí, es habitual y en qué, qué... Si bien vos me estás comentando que trabajan esto de la equidad de género, han tenido situaciones de chicos que, digamos, han expresado esa situación de querer tener hijos, un hijo y la chica ya decidió que no.

L: Se dan esas situaciones, se dan, hay situaciones.

E: ¿Cómo es el tratamiento que le dan ustedes a la pastilla del día después, a la denominada “pastilla del día después”, cuál es la postura?

L: Y bueno, nosotros aquí vienen directamente a enfermería planteando el problema, es un espacio de escucha, las enfermeras o el médico a quien se acerque lo que tengan, generalmente, los que tengan este tipo de problemas, o le paso esto, hablan con quien tiene más confianza, que puede ser desde la enfermera a la administrativa o su médico de cabecera.

E: Solas.

L: No podés decir, la verdad que no podés hacer una estadística de eso, en general, pueden venir con una amiga, otras vienen solas o con la mamá o con la pareja.

E: Pero, digamos, hay predisposición del equipo a proporcionar la pastilla a cualquiera.

L: Sí, sí, pero lo cruzamos con un seguimiento de la paciente, porque hay en algunos lugares donde lo toman como un método anticonceptivo, y esto es sumamente nocivo para la salud, o sea, tengo una relación no protegida y total me tomo la pastilla del día después, y eso quizás lo hacés cuatro veces en el mes y es sumamente nocivo para el organismo, y terminas, primero no protegiéndote contra las enfermedades infectocontagiosas, las enfermedades, este, venéreas, que no termina protegiendo ni contra el SIDA, ni contra el HPV, ni contra la sífilis, porque, bueno, tenés relaciones sin protección y nadie da cuenta de esto, nadie puede estar charlando con vos, entonces, a la persona que se le da la pastilla del día después, este, se le ofrece un espacio para charlar y hablar de cómo cuidarte sin afectar tu salud, porque si vos tenés una relación no protegida, lo volvés a reiterar, eh..., primero que te arruinás, o sea, son bombas hormonales esas pastillas, y segundo, que no te estás cuidando tu salud, entonces vas con la psicóloga, con su médica de cabecera, bueno, para poder armar un cuidado mejor, más profundo,

E: Sí, un poco facilitar el espacio para que el cuidado sea consciente.

L: Seguro.

E: Y... ¿cuál es la postura que tienen con respecto a la vasectomía, a la ligadura de trompas?

L: Digamos...

E: Y si ha habido algún tipo de demanda.

L: Sí, vasectomía no, me parece que la idiosincrasia del hombre, por lo menos de esta población, no es muy...; ligadura de trompas sí hemos tenido, se hacen.

E: Mujeres adultas, mujeres con hijos.

L: Sí, sí, mujeres con hijos, mujeres que está en peligro su salud si tienen otro embarazo, mujeres que no quieren tener más hijos; nosotros no tenemos objeciones, no somos objetores, no somos un Centro objetores de conciencia.

E: No.

L: En general, tenemos, hubo una compañera que sí tuvo algunas objeciones, pero tenemos armado un dispositivo por el cual quien quiere acceder a un método anticonceptivo tiene todo allanado sin ninguna restricción.

E: Ustedes reciben todos los insumos que vienen del programa, no tienen...

L: Sí, sí.

E: No tienen problemas en ese sentido, ni de información ni de folletería.

L: No, no.

E: Y esto, digamos, recordás de haber trabajado en otros efectores de salud a mediados de los noventa cuando comienza en el Municipio de Rosario.

L: Estoy desde esa época y ha habido un crecimiento importante, lo que ocurre es que en la municipalidad cuando se hace, habrá sido en el año 1992 cuando yo entro.

E: Con PROMUSIDA y después empieza el programa.

L: Sí y donde se garantizan los ACO, en la municipalidad se empezó hace..., no me acuerdo exactamente cuándo, pero yo recuerdo...

E: Supuestamente, desde el año 1997, como disposición, como decreto, pero, digamos...

L: Sí.

E: Pero creo que fue antes.

L: Sí, porque yo te digo, trabajo desde el año 92 y nunca tuve problemas en la provisión ni de ACO, o sea las pastillas, ni de los DIU, nunca.

E: Y digamos, todo lo que implica la..., el colocar el DIU, y hay algunos profesionales que también se rehúsan.

L: Sí, pero yo siempre trabaje con profesionales que no tienen problemas.

E: Con profesionales que no son objetores. Y ahora que vos estás un poco coordinando, ¿ha habido situaciones que vos puedas detectar como de carencia o de ausencia en términos de equidad?, el respeto de los derechos tanto de los hombres como de las mujeres a una anticoncepción o a información.

L: Sí, por eso, yo dije la vulnerabilidad de las mujeres, yo creo que ahí tenemos...

E: Pero no por parte de los profesionales...

L: No, del marido, el marido no quiere que se cuide, quiere seguir teniendo hijos, el hombre no le permite colocar, o sea, colocarse un preservativo, él no se lo coloca, viene borracho y la viola, aunque sea su mujer, yo creo que ahí está la problemática, ¿vos me habías preguntado eso?

E: Sí, sí, y también si habías vos sido víctima de, ahora no, que sos una profesional más consagrada, pero en tus inicios, si habías sido víctima de situaciones de inequidad en tu espacio profesional, dentro de los espacios públicos

L: Y bueno, yo lo que sí te puedo decir es que soy pediatra y yo, mirá, estamos hablando año 82.

E: En tu residencia.

L: Claro, mirá, yo recibía bebés y yo, en esa maternidad en la que yo trabajaba recibiendo bebés, se maltrataba a las mujeres, no, no sabés los escandaletes.

E: ¿Situaciones de violencia institucional? ¿Pudieron denunciarlo, pudieron...?

L: Sí, no en ese momento, o sea, no es que no lo denunciábamos nosotros, pero no éramos escuchados, recién, han pasado muchos años en esa maternidad, y recién ahora están habiendo cambios.

E: Los cambios tienen que ver con quejas, con denuncias o con cambios de coordinación, de gestión.

L: Yo creo que tiene que ver con que a veces no sé quien hace que los problemas se visualicen, hacer visible un problema no es solamente verlo, es decir, bueno esto es un

problema y vamos...

E: Vamos a solucionarlo.

L: Creo que las diferentes gestiones..., creo que la gestión anterior ya lo empezaba a ver como un problema, que tuvimos una... ministra de salud provincial que era mujer, uh..., la Dra. Simonsini, ella...

E: ¿Y cuál es el espacio en el que la trabajadora de la salud, no, no están, no cuentan con la mejor disponibilidad para trabajar?

L: Siempre hay, las mujeres hoy tenemos que trabajar más para ganar lo mismo que los hombres a igualdad de capacidades, siempre es así, siempre tenés que estar...

E: Hay que demostrar...

L: Todavía más que el hombre.

E: Sin embargo, el cupo de ingreso y egreso a medicina es mucho más elevado el de mujeres.

L: Sí, pero ¿sabés por qué?, porque hoy por hoy no es una salida laboral rentable, es mucho más rentable, yo tengo cuatro hijos varones, hay uno que es médico, pero lo fue porque lo siente de alma, porque le hemos rogado, mirá, vos vas a tener que ser el proveedor, vas a tener que bancar una familia, mirá que los sueldos no son buenos, justamente, hoy la matrícula es femenina porque...

E: Situaciones de trabajo complicada, mucho sacrificio para poca rentabilidad, ¿cómo se trabaja, cómo trabajan las mujeres?, porque es complicado la residencia fuera del lugar de residencia.

L: Es muy duro, es muy duro.

E: Mamás.

L: Muy duro, hoy todavía la legislación no nos acompaña, cuando yo hice la residencia tuve mi primer hijo y tuve que volver al mes de haberlo tenido tuve que volver a trabajar si no me echaban.

E: Hoy como evaluás vos la política de salud a nivel nacional con respecto a la salud sexual, la provincial y la municipal, en conjunto, por separado.

L: Bueno, la municipal es la que está más adelantado, tiene más años y bueno, y sí, es la que tienen más contenido, y me parece que es la que es más garante de lo que proponemos como accesibilidad a la salud reproductiva, y a nivel nacional y provincial me

parece que acompañan, lo que no los veo garantizando la llegada de los ACO, de las inyecciones, digo, a veces, en la provisión no llegan a tiempo.

E: No llegan a tiempo.

L: Estuvimos el año pasado seis meses esperando los ACO, o sea las políticas nacionales están bien, yo creo que han legislado últimamente, la legislación que ya tenemos hace tiempo en la municipalidad, eh..., pero yo no sé si es una cuestión política, pero, bueno, los programas tienen su retraso para llegar a la provincia, y la provincia, como intermediario, tampoco la veo pudiendo mediar para conseguir todo en tiempo y en forma, la veo con muchas dificultades, a lo mejor no son responsables, que es una cuestión política.

E: Falta de decisión política.

L: O falta de relaciones políticas.

E: ¿Qué cambios le harías al Programa, qué te parece que se debería modificar desde Nación para que este tenga una mejor efectividad?, ¿quizás una estructura de formación a docentes que sea más sólida?, si estamos enfocando a los adolescentes, quizás más información.

L: Sí, yo creo que tendría que haber un programa para jóvenes, tienen que haber políticas, y dentro de ellas, las políticas que tienen que ver con salud sexual y reproductiva, pero yo creo que se debería enfocar en los jóvenes, poner plata ahí, para garantizar que vayan a la escuela, que tengan una formación, que tengan salida laboral, que tengan otros proyectos, y entre ellos, el de cuidarse y el de ser ciudadanos, este, de este país con la plenitud de todos sus derechos. Hoy por hoy no estamos logrando que los chicos aprendan a leer y escribir y no dejen la escuela, entonces, ese chico no se va a cuidar, ese chico no va a tener un proyecto de vida, no va a laburar, no va a conseguir trabajo, no se va a poner un preservativo, porque está fuera de todo, o sea, tenemos que tener programas para los jóvenes, que los incluyan, que sean integrales, donde la salud sexual y reproductiva sea parte de los cuidados, pero también que vayan a la escuela, este, que tengan una salida laboral, que tengan un futuro, que estén fuera de la droga, tendría que haber planes, eh, para venir a trabajar.

E: Entonces, vos decís que tendría que haber algo focalizado.

L: No, no, focalizado no, no creo en programas focalizados, para todos los jóvenes,

el programas de inclusión que los incluyan en la escuela, en el aprendizaje, en la formación de profesionales, en actividades en clubes, en actividades recreativas, poner plata, acá no podés poner dos muñequitos gritando y hacé vos tal cosa a las dos de la tarde.

E: Sí, sí.

L: Viste, no, no.

E: Hacer realmente una inversión y creativa.

L: Claro, y algo global, para todos lo jóvenes.

E: ¿Creés que no hay diferencias entre los estratos sociales, el joven de clase media que tiene un proyecto de vida?, porque algunas mujeres de que tiene posibilidades de incluirse socialmente pero, sin embargo, no se cuidan y caen en situaciones de embarazos no deseados en esos sectores, ¿con qué tendrá que ver?, quizás ¿a qué responde?, si tenés alguna idea.

L: Eh..., eh..., en clases media y medias altas yo creo que es el mismo problema, si vos tenés un chico que va a la escuela, que tiene..., yo tuve hijos, tengo hijos, treinta y dos años, tengo cuatro hijos varones, o sea, mi proyecto de familia e hijos corre en paralelo con el de formación y estudio, y no creo que fue un problema, yo creo que si vuelvo atrás los tengo, los empiezo a tener a los treinta, pero bueno, porque fue mucho esfuerzo, de todos modos yo, yo tenía mi proyecto de vida y lo armé así, el tema es cuándo, cuándo.

E: En las clases medias ¿no tiene que ver con el poder formar un pareja? No sé, los hombres son como más reticentes a consolidarse, a estructurarse en una pareja, entonces como que la mujer queda sola.

L: En su proyecto de tener un niño, sí, yo creo que sí, en una chica o un chico, que tiene un embarazo no deseado, siendo que tiene otros proyectos alternativos habría que ver, caso por caso, a ver qué es lo que está pasando o lo que está buscando, pero...

E: Bueno, creo que estamos, no quiero robarte mucho más tiempo, tu experiencia te dice que las mujeres..., a ver ¿cuánto hace que estás en el efector de salud?

L: En este Centro, desde el año 92, esto acá hace un año que está, antes funcionaba en otro lugar, dieciocho años.

E: Tu experiencia te dice que en la zona hay problemas más en los jóvenes, ¿qué pasa con las mujeres que quedan solas con hijos a cargo?, ¿continúan esto de cuidarse, de cuidar su salud?

L: Y mirá, con muchas dificultades, porque imagínate, pero vienen a la ginecóloga.

E: Digo mujeres con hijos a cargo sin papás, sin sustento económico, continúan,
¿cómo es la vida sexual de esas mujeres?

L: Sí, vienen, se atienden, se cuidan, creo que a medida que van teniendo los chicos se van dando cuenta y están más en contacto, porque de algún modo están incluidas, tienen su médico de cabecera, bueno, se van incluyendo a medida que va pasando el tiempo, y así, chicas que cuando tuvieron su primer bebe tenían catorce años.

E: Muy jóvenes.

L: Mamás muy jóvenes, ya después empiezan a regularse, ya no tenemos chicas que tienen chicos a los catorce, lo que sí, sí es como si las de catorce, quince, dieciséis acceden a una planificación, el problema es la que consume que no tiene un trabajo estable, está como colgada en la vida.

E: ¿Cómo se maneja esa situación?

L. Es muy difícil lograr una situación.

E: En ese caso, ¿por qué anticoncepción se opta o se aconseja?

L: Y, la decisión de la anticoncepción se hace caso por caso, entre el terapeuta y la paciente, pero yo creería, y en general lo que veo es que usan la inyección.

E: ¿Hay muchas dificultades con eso de olvidarse la pastilla?

L: Sí, de olvidarse la pastilla, sí, sí, sobre todo cuando más jóvenes son o cuando más complicada es su vida.

E: El DIU no.

L. Bueno, el DIU..., y por eso habrá, coloca el, alguno que decida.

E: Pero a veces por miedo a que la paciente no retorne.

L: Sí, yo veo que da muchos más la pastilla..., la inyección que el DIU, pero sí hay un acuerdo entre..., o la chica se coloca el DIU. Acá se colocan muchísimo el DIU, tendrías que hablar con Fernanda, para decirte más este detalle, porque bueno, si necesita un DIU necesita después control, y sí, a los tres o cuatro meses necesita un control, y sí pero también para acceder a la pastilla tiene que acceder a un control, la pastilla..., la inyección, necesita un control ginecológico, un PAB, o sea que también tienen que venir, no le vamos a cortar la anticoncepción, es todo un tema, el seguimiento de la paciente que está excluida es todo un tema, es problemático, ¿sabés cuál otra?, la paciente psicótica, la

que tiene trastornos subjetivos muy graves.

E: Y las pacientes con HIV, ¿esas sí son conscientes de su situación de vulnerabilidad y se acercan?

L: Sí, vos sabés que, bueno, por suerte, no tenemos tantos pacientes con HIV, y las que están acá, que están con nosotros, son conscientes, se cuidan, cuidan a los demás.

E: Y los hijos también.

L: No, no los chicos no, por suerte, no, fueron muy bien acompañadas durante el embarazo y se hizo el tratamiento preventivo y los chicos todos bien, son muy conscientes, el problema es la que no lo sabe o el que no lo sabe.

E: En ese sentido, hay una campaña, hay campaña de concientización.

L: Sí, todo el tiempo, tratamos de que el compañero de la chica embarazada también se haga el HIV.

E: Es una situación muy complicada, no, hay temor y también hay esto del tabú y bueno...

L: Sí..., sí.

E: Y el acercarse, es como demasiadas cuestiones.

L: Sí, hay mucho temor, sí, como mejor no saber, pero tratamos de trabajar sobre eso.

E: Bueno, no te robo más tiempo, cualquier cosa te voy a pedir las publicaciones.

L: Sí, no hay problema.

E: Bueno, gracias.

Entrevista 5

Entrevista a INSGENAR. La entrevista la realizamos en la sede de la organización, en la calle Tucumán, nos encontramos con una de las colaboradoras, la Lic. Susana Amichiardi (en adelante, S). Fecha de la entrevista: 19/12/2010. Entrevistadora (en adelante, E).

E: Buenas.

S: Hola, bien, te cuento.

E: Sí, contame sobre los trabajos que están haciendo en relación a la salud sexual y procreación responsable.

S: Bueno, nosotras estamos focalizadas, desde los noventa, a los efectores públicos y la relación con el público y su salud sexual y su salud reproductiva.

E: Y fue en el 2006...

S: No, antes fue, por un caso, nosotros la investigación la hicimos en el 2002, la presentamos a fines del 2003, y eso ya fue publicado.

E: ¿Y ustedes piensan la salud en qué sentido?

S: Desde las organizaciones, más que la salud nosotros promovemos los derechos, los derechos humanos, y dentro, focalizamos en los derechos sexuales y reproductivos.

E: ¿Y tienen algo así como un parámetro desde donde pensarlos, los derechos sexuales y reproductivos?, respecto al varón y la mujer.

S: Sí, nosotros focalizamos más en las mujeres y en las niñas y las adolescentes, en INSGENAR, eso no quita lo que pasa porque, digamos, un poco la mirada es que, en la mayoría de los casos, son las mujeres las que van a hacer las consultas.

E: ¿Cómo es esta experiencia de poder leer las declaraciones de las prácticas que se realizan en los efectores públicos?, digo, ¿cuál es algún balance que vos puedas hacer de esta interacción, digamos?

S: Bueno, un recorrido muy largo, porque si bien nosotros hicimos al principio foco, nada, en los malos tratos, también sabemos de que hay trabajadores de la salud y equipo que son responsables y que están comprometidos con el tema y que pueden dar cuenta de la experiencia, o sea, que después de la creación del observatorio nosotros también nos paramos [en las] buenas prácticas y pensamos las buenas prácticas.

E: Eh..., ustedes, para esto de los malos tratos, ¿se paran desde el programa municipal o el provincial?, ¿qué es lo que utilizan?

S: Nosotros ahora estamos haciendo, evaluando con evaluadoras externas. Pero los derechos no [los] necesitás desde un programa, sino que nosotros decimos que están los derechos humanos y que, dentro de los derechos humanos, están estos derechos que son más jóvenes, que son los derechos sexuales y reproductivos. Así que, bueno, que si bien hay una serie de instrumentalización, como son las convenciones, las declaraciones, los

compromisos que tomaron también los Estados, también necesitamos de otros elementos para poder transitar sobre este tema. Entonces, bueno, no solamente necesitamos tener el marco legal, sino también que además tenemos que tener y trabajar con equipos, y porque un poco la idea es poder instalarlo en las políticas públicas, si no...

E: Un poco el objetivo de “Con todo al aire” es..., y las investigaciones que siguieron después tienen que ver con esto de instalar en el espacio público...

S: Ah, ah.

E: ¿Cómo se llega a “Con todo al aire”, a las publicaciones?

S: No, nosotros hicimos la investigación. Después de la investigación, lo pudimos publicar, y después de la publicación, que la idea era poder trabajarla con otros actores, y ahí fue cuando hicimos un seminario nacional. Invitamos a profesionales de las salud que estaban comprometidos con el tema y estaban motivados, y la idea fue, después de ese encuentro, poder trabajarla en otros territorios, y así pudimos seleccionar otros territorios que tuviesen cuestiones similares y otras cuestiones que tuvieran cosas diferentes. Entonces tomamos provincias que tuvieran todo un recorrido y otras que no tenían programa, que habían tenido muchas barreras y demás, entonces..., y nos asociamos y articulamos con diferentes sectores, con organizaciones no gubernamentales, con programas públicos, con defensoría del pueblo, o sea, nuestros aliados en el territorio fueron distintos actores y ahí lo empezamos a trabajar.

E: Y en Santa Fe ¿con qué organizaciones pudieron trabajar?

S: En primer momento, con la defensoría del pueblo. Cuando comenzamos, ellos sacaron una resolución y después tuvimos un trabajo muy interesante con la Facultad de Medicina, y ahí [es] cuando surge, es...

E: Cuando armaron la cátedra y...

S: Cuando armamos la cátedra y..., después, con las distintas organizaciones de mujeres, si bien hicimos una presentación en la Secretaría de Salud Pública, eh..., lo pudimos llevar adelante, pero sí, ellos dieron un giro y empezaron a hacer capacitaciones.

Eso nosotros lo vimos con muy buenas...

E: Una experiencia positiva, digamos.

S: Sí, y después comenzamos a trabajar con el gobierno provincial. Desde el INSGENAR tenemos una articulación porque participamos del consejo asesor y, bueno,

siempre es como que se puede trabajar, y “Con todo al aire”, la viceministra lo presentó en distintos lugares, tanto en la ciudad de Santa Fe como acá en Rosario.

E: Se tomó esto, digamos, como un diagnóstico para poder construir, para poder...

S: Yo te diría, no sé si como un diagnóstico, yo te diría como un instrumento que se suma a otros instrumentos, porque me parece que el diagnóstico tiene que ver con conocer y después, y acá me parece que se conoce.

E: Pero, bueno, es también un poco hacer un poco más visible algo que estaba cuasi invisible.

S: Son cuestiones que, mirá..., que están muy naturalizadas, esto de que reciban malos tratos, y esto lo digo y nosotras tenemos testimonio, y de trabajadores de la salud como de las mujeres que... Las mujeres muchas veces tampoco reconocen que la salud es un derecho y tampoco hay un reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

E: Ustedes esto ¿cómo lo pudieron detectar?, ¿a partir de los talleres que realizaron de...?

S: No solamente de los testimonios, sino de entrevistas que hicimos en profundidad, de cómo se reproducen tanto estas cuestiones, tanto [en un] lugar como en otro, que dan tanto los profesionales como la población en general.

E: ¿Cuáles son las cuestiones más frecuentes con respecto a la desinformación o al desconocimiento con respecto a las mujeres y si eso tiene una inferencia generacional?

S: No, nosotros eso no lo trabajamos, nosotros trabajamos esas cuestiones del maltrato y la naturalización. Eso que vos escuchás: “ay, por suerte a mí no me trataron mal, porque tuve un médico, una médica que me trató bien”, bueno, nosotros, esto es totalmente cualitativo, no focalizamos en lo cuantitativo. Trabajamos en un primer momento con más de trescientas mujeres, pero fue una investigación netamente cualitativa.

E: Con respecto a los profesionales de la salud que objetan algún derecho sexual y reproductivo, eh..., ¿ustedes tienen alguna postura respecto a los comités de bioética que se han conformado y la posición de algunos profesionales y la relación un tanto estrecha con la iglesia católica?

S: Hay cuestiones que son ideológicas, nosotros lo que promovemos son los derechos sexuales y los reproductivos, ¿viste? Sí, en todo esto hay una cuestión, pero nosotros no trabajamos con los comités de ética, no.

E: ¿Les ha pasado de ir a un territorio y tener esta realidad de organizaciones que profesan algún culto, eh..., y religiosos, y bueno, si se quiere, entran en contradicción con el programa mismo?

S: No, a ver, son distintas cosas. Nosotros promovemos los derechos sexuales y reproductivos y promovemos las buenas prácticas, me parece que vos lo que estás enfocando tiene que ver con otras cosas desde lo ideológico, entonces...

E: Sí, sí...

S: Nosotros no, nunca, ninguna organización.

E: Nunca les pasó de...

S: Yo no conozco, ¿vos conoces alguna organización que interceda en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos?

E: Y, hay alguna que... En... organizaciones por el derecho a la vida.

S: Pero eso no es la promoción de los derechos sexuales y reproductivos o las malas prácticas, ellos..., es, puntualmente, es con la cuestión del aborto.

E: Y los métodos anticonceptivos.

S: Bueno, sí, pero no el derecho a la vida, más con...

E: Yo puntualmente me refería a algún profesional que se rehúsa, puntualmente, a colocar el DIU, que tiene que ver directamente con los derechos sexuales y reproductivos.

S: Eso hay en todos lados, sí, esos existen en un montón de efectores, y la gente de la Muni los conoce. Hay en todos los efectores y la gente del programa también los conoce, justamente, lo que se trabaja es, justamente, para derribar esas barreras. Creo que esto de la objeción de conciencia es, justamente, un instrumento que no nos va a venir a facilitar todo, pero que es un instrumento que se suma a otros para poder dar cuenta y trabajar desde otro ámbito.

E: Sí, pero ¿no creés que esto obstaculiza de alguna forma el ejercicio de los derechos?

S: Sí...

E: En la medida en que los espacios, los agentes gubernamentales son, garantizan la presencia de los profesionales que tengan otra postura.

S: ¿Y a vos cómo te parece que podrían garantizarlo?

E: Eh...

S: Porque es muy difícil lo que estás planteando.

E: Yo quiero saber cuál es la mirada de la organización.

S: No, pero yo no sé, ¿cómo se podría garantizar?

E: En realidad, lo que se trata desde el gobierno municipal y provincial es que haya profesionales en todos los efectores públicos con diferentes...

S: Eso están tratando de hacerlo, pero... no lo están implementando, es lo que apuntan, porque la objeción de conciencia no la pudieron cerrar, y hay efectores de salud que determinadas prácticas no la sabemos, es como un paso que se está dando, pero que no lo pueden cerrar todavía.

E: Es un proceso que está...

S: Sí, se está transitando, que yo creo que, eh... Es difícil, son ámbitos muy cerrados. Bueno, vos habrás conocido todo lo que salió en los medios de comunicación todo este último tiempo, y de profesionales que tienen una trayectoria.

E: Sí, sí.

S: Y bueno, eso se reproduce en otros lugares, es como que se va tratando de caminar... Son como pequeñas cuestiones, como facilitadoras..., pero, bueno, me parece que nos falta un montón para poder...

E: A partir de la investigación, digamos..., que ustedes dirigen, si tuvieses que evaluar el programa de salud sexual, ¿cuáles serían las crítica y quizás las ventajas o las cuestiones destacables?

S: ¿El nacional? Y bueno, tuvieron cuestiones que pudieron hacer planificaciones donde tenían cuestiones de capacitación con procesos de mejora de la gestión y otras gestiones, como que fueron más acotadas, no hay una cosa que yo diga, bueno...

E: El problema está en la implementación en lo territorial.

S: Sí, yo también diría que hay algo de la redistribución, porque el programa no se puede pensar solo como una distribución de métodos anticonceptivos, eh..., sino que esto debe ser acompañado con otras cuestiones, como ser, capacitaciones, el mejorar los registros, empezar otros modos. Por ejemplo, esta cuestión de poder distribuir a través del Remediar, bueno, es una cuestión estratégica porque le permite y le facilita llegar a una cantidad de efectores que son efectores de atención primaria, y no llegan todavía a los hospitales y..., o sea, a mí me parece que... Nosotros no tenemos elementos, participamos

del consejo, pero yo, me parece, para dar una opinión así, es para hacer un estudio mucho más en profundidad. Este, te puedo decir de este acompañamiento que nosotros hacemos desde el Consejo que, bueno, que esto de la distribución, de que tiene una continuidad, creo que todavía, bueno, hubo un momento que se focalizó mucho en la capacitación, en capacitar a los equipos de salud, en que tengan material, en que puedan reflexionar sobre sus prácticas, y bueno, ahora es como que hay cuestiones un poco más espaciadas, y además, tampoco no conozco, conozco de algunos lugares del país, imaginate que llega...

E: Está bien, pero tenés una visión más o menos con el trabajo que se viene haciendo estos años.

S: Sí, sí, ellos ahora están trabajando, ahora recién me terminaron de mandar qué opinamos sobre el Plan Nacer y cómo poder registrar, y están dando mucho énfasis a todo el espacio de la consejería.

E: ¿Y eso a vos qué te hace pensar?

S: Y, que hay una predisposición, yo, o sea, detesto, no acuerdo con este tipo de programas, pero es un modo de que las instituciones públicas reciban recursos.

E: Que los agentes públicos, que los gobiernos se puedan nutrir de la información y del conocimiento que tiene la sociedad civil, ¿no lo ves así?

S: Sí, hay una articulación y una intención que algún aspecto se hacen con ánimos públicos, con organizaciones no gubernamentales, bueno, que nos invitan a participar. Yo, por ejemplo, estuve trabajando con todos los médicos generalistas que están haciendo la residencia, eh, en seminarios de hospitales públicos, donde hay trabajadores de la salud. Por ejemplo, de un servicio de ginecología y tocoginecología hay un montón de trabajos donde se trabaja. Ah, bueno, tenemos una invitación para ir a Venado Tuerto, para trabajar con tocoginecólogos, obstetras, trabajadores sociales, y hay determinadas situaciones, por ejemplo, para trabajar toda la temática del aborto no punible, eh... En la ciudad de Rosario, bueno, lamentablemente, se tuvo que trabajar a través de un caso que se hizo gestión desde MAR, desde las organizaciones de mujeres, y... a partir de lo que hicieron salió esa resolución y todo. Yo creo que las organizaciones alimentan, alimentan la posibilidad de poder de estos cambios que, por supuesto, favorecen, pero yo creo que son otros tiempos, porque hay mucha burocracia y cuestiones ideológicas, y bueno...

E: ¿Creés que hay esto de un poder entender los derechos humanos y la equidad de

género?

S: Y sí, hay determinadas situaciones, por ejemplo, para trabajar toda la temática del aborto no punible en la ciudad de Rosario. Bueno, así que, lamentablemente, se tuvo que trabajar a través de un caso que se hizo gestión desde MAR, desde las organizaciones de mujeres. A partir de toda la presión que pusieron, salió, la presión, yo creo que las movilizaciones alimentan, alimentan la posibilidad de producir estos cambios que, justamente, favorecen. Me parece que si por ahí estuviesen solas las gestiones públicas..., y, llevaría otros tiempos, y porque hay mucha más burocracia, hay..., y bueno, esto del poder que se reproduce ¿no?

E: ¿Creés, eh..., que hay un poder entender esto de... los derechos humanos, en cierto modo, en la misma sintonía, la mayoría de las organizaciones que están trabajando?

S: No, me parece que hay un abanico de miradas, de voces, hay momentos en que se puede articular esta posibilidad de miradas, de voces, para los consejos asesores de los programas materno infantil, pero me parece que es un espacio que invita a acompañar, a sugerir a ...

E: ¿Vos creés que se pueden producir cambios?

S: Sí que se puedan producir cambios, y desde la dirección de la mujer hicimos una propuesta para que no dependiera de..., pero, bueno, hace más de dos años que venimos insistiendo. Y lo de la objeción de conciencia nos llevó más de..., y bueno, la propuesta que se trabajó desde el Consejo, y bueno, también lo de ligadura de trompas y vasectomía, pero también fueron procesos largos, eh..., que hay avances y retrocesos. Pero bueno, se llevó a cabo con avances y retrocesos, pero se llega a la cosa, o sea, hay momentos que se puede transitar bien y hay otros que no, o sea, no es lineal, es bien dialéctico.

E: Y dificultoso, eh, básicamente, la tarea que ustedes tienen como miembro asesor son reuniones, ¿se convocan a las organizaciones?

S: Eh, sí, este en un primer momento, cuando se comenzó a trabajar eran organizaciones gubernamentales, eran dos por el sur de la provincia y dos por el norte, de los colegios profesionales, también del sur y del norte, y representante por cada una de las universidades, de Rosario y del Litoral. Y bueno, se mantiene, por ahí se han agregado algunas organizaciones, pero, este, por ejemplo, las Safinas, ahora se sumó, empezó a participar, y bueno, trabajamos en estas cuestiones. Hemos trabajado en aportar miradas y

demás a charlas, organización de talleres, intercambios curriculares, ahora, con los seminarios de mortalidad que vino a trabajar la gente del CEDES, este, particularmente, Mariana Romero y Silvina Ramos, que trabajó con ginecólogos y tocoginecólogos de distintos lugares de la provincia. O sea, ahora tuvimos períodos que pudimos trabajar muchísimo, lo que sí, este ultimo momento, se dio que pudimos trabajar desde el Consejo..., una continuidad, o sea, nos encontramos una vez al mes, hacemos propuestas, trabajamos...

E: ¿Y la convocatoria de dónde viene?

S: Desde..., y..., lo proponemos desde principio de año y... nos convoca la Dirección de Materno Infancia.

E: Se hace como un cronograma de...

S: Sí, una vez al mes, una vez vamos a Santa Fe, una vez al mes la gente de Santa Fe viene acá, hay un temario previo.

E: Y los temas de discusión lo establecen ustedes...

S: Sí, sí..., a veces juntos, a veces a nosotros, se arma el temario y se dispone de una mañana para trabajarlo. Hemos armado también un equipo para profundizar algunos temas.

E: ¿Se puede evaluar como un espacio de participación efectivo? ¿Y las relaciones con las organizaciones, digamos, con las que hayan tenido encuentro en ese espacio, digamos?

S: Nosotros, además, realizamos actividades. El año pasado hicimos una actividad lanzando el 0800, y bueno, es una estrategia, porque tiene mucho que ver con todo lo que sea el tema de aborto y..., bueno, invitamos a Rodolfo Ponce de León, que es un experto en el tema, que trabaja hace muchísima en IPA, y bueno, y la verdad que la actividad fue excelente, y muchísima participación y... Y tuvimos muy buena convocatoria y con muy buen apoyo, tanto de la provincia, la municipalidad y de la organización.

E: ¿Cómo apoya el Municipio las distintas actividades?

S: Y, nos facilitan el espacio..., depende de la actividad. Nosotros, por ejemplo, elaboramos materiales, y ellos lo han podido difundir o aportamos material para adolescentes, por ejemplo, para el "Vos podés", y la provincia lo publica en Nación, y Nación lo hace...

E: Y tengo varias cosas para preguntarte, pero me gustaría saber más cosas sobre INSGENAR, como esto de pensar las democracias reales o democracia como práctica ciudadana, ¿vos cómo lo entendes?

S: Yo te digo, yo creo que promoviendo derechos, porque desde ahí ya los estás generando, porque, o sea, una democracia, una democracia sin el reconocimiento de los derechos, ¿cómo la ejercés?

E: Y, primero hay que fomentarla...

S: Por eso, si vos no la conocés..., que se puedan conocer, que se puedan reconocer, no podría existir la democracia...

E: Hay baches en relación a lo que se va concretando en lo legal, en materia de derechos sexuales y...

S: Mirá, está en poner en palabras cosas que después no se sostienen.

E: ¿Que creés que debería cambiarse desde el gobierno nacional, a hacer para que pueda sostenerse territorialmente esto que decimos: poder comprender mejor los territorios, entender la singularidad de cada provincia?

S: No, yo creo que hay cuestiones ideológicas, hay cosas que no se pueden sostener porque políticamente hay determinados agentes de las políticas que no lo permiten.

E: ¿Y creés que tiene que ver con determinados agentes económicos?

S: No sé, desconozco eso, si son intereses económicos.

E: ¿No pensás que el mercado tenga que ver en la comprensión o no de algunos derechos, por ejemplo, respecto al aborto?

S: No, por ejemplo, con respecto a la medicación de HIV, tiene un cobertura importantísima con respecto a..., y son de costos muy altos que, bueno, por lo menos, yo no digo que se pueda garantizar en todo el país, pero acá en la ciudad de Rosario se garantiza un tratamiento. Y bueno, como, qué sé yo, la compra de alguna medicación, o en caso de embarazo, o qué sé yo, no toda la población puede acceder, entonces, para mí, esa es una barrera reimportante. Se dice, se habla de la experiencia y de acá y demás, pero no [se] habla de la anticoncepción de emergencia, porque acá hay, hay una ordenanza que algunos de los trabajadores de la salud deberían conocer [...] Entonces a mí me parece que deberíamos hacernos otro tipo de...

E: Eso, ¿vos creés que es una tarea del área de educación para la salud?

S: Yo digo de todos, no desde, eh...

E: Desde la cátedra... ¿Y cómo lo ves?

S: Y, estamos un poquito aislados, nosotros tenemos nada más que la cátedra, y bueno, es difícil cuando estás aislado poder sostener. Nosotros abrimos, hicimos clases abiertas, este..., pero nos juntamos con la gente de enfermería, de trabajo social, de otras..., de otras escuelas, pero bueno, cuesta mucho integrarse dentro de medicina, este, pero bueno, tiene que ver con la política que llevan adelante.

E: ¿Tiene que ver con esta gestión donde los médicos en el área de la salud son los que tienen la última la palabra?

S: No sé si será.

E: ¿Tiene que ver con eso?

S: No, yo creo que con una cuestión ideológica y de estar en frente de los distintos lugares, de la Facultad de Medicina, de no..., sí, yo no diría de los médicos, se dio, se dio un cambio en la población, a mí me parece que está incorporado en el discurso, pero que, a veces, no se incorpora en lo diario. A mí me parece que se intelectualiza mucho, o esto de que en la práctica se dice pero después, yo..., en la práctica cotidiana, no se hace.

E: ¿Y la relación médico-paciente? Ásperos en algunos efectores de salud.

S: Eh...

E: Por ejemplo, en los Centros de Salud más periféricos.

S: No sé,... yo creo que...

E: Esto está cambiando... pero

S: En lugares que están acá en el centro, también públicos, y en algunos privados también.

E: Sí.

S: Con la única diferencia que en el privado vos, si te sentiste mal tratada, podés elegir otro profesional, porque tenés que irte a otro barrio, tenés que tomarte otro ómnibus...

E: Y si sos de otro barrio es posible que no te atiendan en otro Centro de Salud.

S: Sí, también los que trabajan con población adscripta, también es esa la dificultad.

E: Por su lado, los profesionales se ven desbordados por la cantidad de pacientes, por otro lado, desde la gestión lo que se señala es, desde el Centro de Salud, cubrir todas las

necesidades.

S: Eh, viste, es una cosa muy compleja, porque a veces hay falta de compromiso. El tiempo que le tiene que dedicar, eso también incide, el otro día me contaron de un profesional que estaba en el Centro de Salud lavando el auto en su horario de trabajo, también qué pasa con la atención en los espacios, porque también pasa por garantizar...

S: Yo creo que hay que hacer toda una construcción, porque uno no va a un lugar, los lugares no son ideales.

E: No, pero es que uno va a los Centros de Salud y ve que se caen a pedazos.

S: Toco los techos, se caen a pedazos, pero no solamente en los Centros de Salud, pasa en la Facultad, pasa en..., si vos estás en lo cotidiano, es esa la realidad, que es lamentable.

E: Y después la palabra, un poco el profesional ¿no?, que dicen que no tienen insumos, que no siempre les llega el medicamento para poder proporcionar a los pacientes, y bueno, después las guardias nocturnas, que, que son problemáticas, que son dificultosas, que el número desbordante, que los pacientes van por cualquier cosa, ¿te pasó de escuchar esto?

S: Sí, yo trabajo en salud, y es complejo, se sigue haciendo lo que quieren... A la vez, hay gente que también se escuda, hay falta de compromiso, hay cuestiones ideológicas que..., o creo que no es una sola cosa, sino que son distintas cuestiones, sino que se entrelazan, y uno en eso tiene que ir construyendo. Entonces es complejo, pero se puede, yo digo que siempre se puede, se puede producir cambios, no es que la ilusión se te viene encima, sino que vos podés ir produciendo cambios, hay que comprometerse y no hay que quedarse en el discurso intelectual.

E: Intelectual y poder entender que..., y mirar a las prácticas.

S: Se puede, yo, por lo menos en la parte pública, creo que en lo público, en lo privado, que es lo que yo hice, hay que trabajar como en distintas áreas. Si vos trabajás nada más en la atención, te sobrepasa, porque si vos hacés docencia y educación, y trabajar en la parte investigación te permite ir, retroalimentar, eso es lo que te permite a vos poder repensar y recrear tus prácticas. Si vos recreás, trabajás y generás espacios, y no es solamente la atención, la atención, y bueno, si te quedás con la atención, ahí sí, te vas a ir, este..., cada vez pensás menos. Si vos solo trabajás en la atención, pensás menos..., no vas

a poder dar cuenta de de... buenas prácticas.

E: Creo que no me queda mucho más.

Entrevista 6

Entrevista realizada a las Dras. Silvana Spatafora (en adelante, Silvana), pediatra, especialista en salud sexual; y Juliana Weisbud (en adelante, Juliana), ginecóloga. El encuentro tuvo lugar en el Hospital “Víctor J. Vilela”, sito en Virasoro N° 1855, de la ciudad de Rosario, el día 20 de diciembre de 2010.

Se accedió a la entrevista en el consultorio externo donde habitualmente atienden, la entrevista no fue grabada por razones ajenas a nuestra voluntad.

Silvana: Yo estoy laburando en educación también, me gusta, y las docentes podemos decir que no se animan.

Julia: No hay educación..., el problema es educación... Hay cuestiones también que están y no se implementan. La atención a adolescentes y pre, el problema del programa es cultural, la gente. Se necesita concientización de que hay una ley y que es lo decidido.

Yo trabajé en la ley de ligadura y vasectomía, pero no se implementa, el problema es, muchas veces, ideológico. Yo además trabajo en lo privado y los pediatras no les revisan los genitales a los chicos, si los revisan todo, y eso no. Si hay consultas sobre salud sexual me la derivan: “De eso ocupate vos”, hay cierto deslinde.

Ante el abuso detectado acá hay un espacio de maltrato, se trata interdisciplinariamente.

Con respecto al aborto, acá se atiende en un tercer nivel (alta complejidad), por lo que no acuden por atención primaria. Al consultorio privado, bueno, llegan las mamás con las nenas y te dicen “hablala”, te piden que las hable, entonces yo les digo: “¿y no le hablaste vos?”. Les doy folletería, o les pido que vengan acá para darle bibliografía para leer, pero esa es la situación.

El problema con los colegas es que no quieren atender a los pacientes, por ejemplo, vienen con demandas de salud sexual.

Silvana: Para atención primaria tienen el Centro de Salud, sí, a veces el paciente que viene, el chiquito se hace atender, o el pediatra me lo deriva.

¿Los varones? Los chicos no tiene problemas, el otro día sí, el otro día un varón, yo estaba con otra médica que está haciendo el medicato, y después entró ella, y su mamá, imagínate, me dijo: “hoy no me revisás”.

Las nenas vienen acompañadas, solas, sí se preocupan del cuidado (anticoncepción), y además te preguntan por la alimentación, se preocupan incluso las de sectores populares.

Silvana: El gran problema es la decisión política.

Juliana: Y no es la educación yo diría... Acá muchos no lo saben, hemos ampliado la edad de atención, ya no es sólo hasta doce sino hasta quince, esto porque nos dimos cuenta que era necesario. Muchas veces no se traen los pacientes de más de doce porque casi nadie sabe, igual sigue siendo de alta complejidad, pero ante situaciones de urgencia los llevan al Roque o al HECA.

Silvana: Hace un tiempo, hasta tres o cuatro años atrás, existían dos espacios de consejería en todos los hospitales y funcionaban muy bien, teníamos un problema y lo derivaban, los espacios estaban conformados por becarios de medicina o psicología y estaban buenos, estos dejaron de existir porque la Muni ya no tiene ni pasantes ni becarios.

Ah..., en el Roque sí, porque ahí estaba Eva, que se recibió y siguió con todo esto. Los recursos están, métodos, los profesionales somos dos para atender todo lo que es salud sexual; pediatría adolescente, sólo una, yo.

Juliana: Bueno, hace falta profesionales porque ya no voy a hacer guardia de veinticuatro todo el tiempo.

Silvana: Sí, bueno, pero yo no tengo problemas de venir si me llaman.

Juliana: Con organizaciones trabajamos, nos traen situaciones problemáticas que detectan, particularmente abusos, maltratos, porque no tienen los elementos para poder resolverlos.

Nos despedimos agradeciendo el tiempo.

Entrevista 7

Entrevista realizada al CEMAR. La entrevista se realizó el día 20 de diciembre de 2010, en el edificio del CEMAR (Moreno al 900). En esta oportunidad, pudimos concertar una entrevista con la Dra. Mirian Pini (en adelante, D), directora del CEMAR.

D: Eh..., este efector tiene la particularidad de atender sólo cuestiones ambulatorias, todos los turnos son programados, o sea acá...

(Interrupción.)

I: No hay problemas, cortamos.

D: Aquí todos los pacientes tienen, o sea el interno por lo general tiene que tener un turno, pero los pacientes que se atienden son pacientes que vienen de la red, es decir, los pacientes consiguen el turno a partir de tener un equipo responsable del primer nivel de atención.

I: En los Centros de Salud.

D: En los Centros de Salud.

I: ¿Y por qué son derivados?

D: Para la necesidad de una interconsulta con algún especialista o alguna práctica que no se hace en el efector.

I: Bien, en materia, digamos, de educación sexual.

D. En realidad, por eso mismo, yo te puedo plantear, desde la perspectiva del efector, digamos, un efector de segundo nivel, es muy difícil que uno este planteando como prioritario, en el sentido de trabajar de una manera desde la promoción y la prevención de la salud.

I: No hacen primaria.

D: No hacemos primaria, pero sí, obviamente, que se atiende, digamos, en la coherencia que uno tiene y la direccionalidad de las políticas públicas, obviamente, que siempre se tienen presente con ese tipo de cuestiones, eh..., en qué..., en qué medida nosotros atendemos a este programa, que es nacional, pero que la impronta desde la salud pública municipal siempre tiene la impronta de autonomía en relación a como nosotros interpretamos las políticas, ¿no?

I: Este espacio ¿en qué año se crea?

D: No te puedo decir esto..., ah, el CEMAR hace más o menos once años, sí.

I: Once años.

D: Sí, el año pasado cumplimos diez años, eh... Sí, nosotros, obviamente, que cuando el paciente tiene una patología de base, en el cual es necesario intervenir o pensar

desde la procreación responsable, eh..., nosotros acá tenemos intervención, o sea, supónete algún paciente que tenga algún problema cardiológico o algún problema donde, digamos, trabajar el tema de la procreación responsable implica trabajar el tema de la salud de esa paciente determinada y tratar de acceder a una cuestión...

(Interrupción.)

D: Es, digamos, poder pensar en qué medida nosotros accedemos, digamos, a un pedido, a una necesidad de la paciente y cuál es la factibilidad y el acompañamiento del efector en ese sentido, porque muchas veces nosotros, desde la clínica, nosotros pensamos que no es lo mejor para esta paciente tener un bebe, pero, bueno, cuando hay un querer, tratamos de acompañarla para ver en qué medida, obviamente, manifestando, poniendo en conocimiento cuáles son los riesgos de la paciente.

I: ¿Cómo se trabaja eso?, ¿hay un espacio de consejería interdisciplinario?

D: En realidad, lo planteamos siempre, digo, hay situaciones especiales en las que nosotros eh..., todo el tiempo trabajamos con el Centro y creemos que el mejor acompañamiento es trabajar con el médico de primer nivel. En ese caso, sí, las pacientes tienen un tocoginecólogo, sobre todo porque los Centros de Salud tienen tocoginecólogos, y en ese sentido, hacemos un acompañamiento, y todos los Centros tienen un equipo de salud mental, y creemos que lo mejor y más apropiado es que el acompañamiento sea cercano al domicilio y en un feedback permanente.

I: Entonces ¿cómo es? Ustedes los atienden y luego lo derivan a un lugar en el que se le da atención.

D: No, nosotros no tenemos atención primaria, la atención primaria, digamos, es tratar de reforzar los mecanismos necesarios para la referencia y contrarreferencia de manera formal o informal desde el efector; desde el escrito, digamos, hasta la comunicación telefónica o los encuentros para el caso, con, entre los distintos equipos. Sí, nosotros trabajamos el tema de procreación responsable, pero cuando ya se dio, nosotros tenemos acá consultorio de tocoginecólogos en pacientes de alto riesgo.

I: Bien ¿a qué les llaman pacientes de alto riesgo?

D: Supónete, pacientes que hayan tenido una preclancia previa, pacientes que son diabéticos, pacientes que tienen alguna cardiopatía, entonces, digamos, hay profesionales que son de la Maternidad Martín, que atienden acá, en el CEMAR, y digamos el

seguimiento de una paciente, digamos, desde la clínica, se hace únicamente acá, o a veces se hace con el obstetra del Centro en constante comunicación.

I: ¿Ustedes trabajan con algún Centro en particular?

D: Trabajamos con todos los Centros en red, nosotros, eso depende de la especialidad. En general, hay especialistas por territorio, casi todas las especialidades están territorializadas, ¿esto qué significa?, digamos, que cada territorio o cada distrito tienen una población a cargo. En realidad, no tiene la población, sino que tiene equipos de referencia; nosotros lo pensamos así, que el referente del especialista, que el equipo y no los pacientes, digamos, el paciente tiene la referencia en el equipo de atención primaria, eh... Tenemos especialidades que tienen cupo de atención por Centro de Salud, por distrito, que son las más comunes, digamos, las especialidades más básicas, y especialidades que no. A lo mejor es única en la red y accionan en la demanda, digamos, serían referente de todo el territorio, de toda la zona. Como puede ser, por ejemplo, genética.

I: Bien.

D: Las especialidades más básicas sí trabajan así, digo, porque trabajamos y pensamos en lo territorial, porque creemos que es la mejor manera de garantizar un seguimiento y un acompañamiento a la patología de alguien, tanto para el equipo como para el paciente, es que, digamos, siempre sea el mismo médico el que esté atendiendo.

I: Que tenga una historia clínica, que lleve...

D: Exacto, la historia clínica se genera siempre, la historia es que la relación vincular entre el paciente y el profesional sea, digamos..., y más también, pensando desde la cooperación, desde los equipos, porque a veces, digamos, eh..., puede ser que el vínculo esté, pero pensar también que los equipos de atención tienen que trabajar de una manera cooperativa, desde..., pensando la salud como un proceso, un...

I: Bien, ¿qué pasa con las situaciones de riesgo social, situaciones de enfermedad o de patologías?, ¿qué pasa con las situaciones de mujeres que llegan en situaciones de aborto?

D: No llegan acá.

I: Si sucede, hay disponibilidad.

D: En todo la red de salud que nosotros tenemos, se trabaja, se trabaja desde los Centros, pero, fundamentalmente, se trabaja en las guardias, por eso digo, las

particularidades de cada efector de estar trabajando el tema de la procreación no es, digamos, este, el efector, nosotros trabajamos esto en función de la patología que trae el paciente, un...

I: Bien, si trabajan, por ejemplo, una mujer que haya sufrido una situación de...

D: Obviamente, sí.

I: Y en este caso, eso, cómo se trabaja en lo psicológico pero también en lo clínico, digamos.

D: Nosotros tenemos, sí, consultorio de toxicología. Digo, una de las toxicólogas hace consultorio acá para la red y, obviamente, esto se trabaja con el primer nivel y con el equipo de salud mental, porque más allá de la atención y del espacio físico que puede brindar ante una situación de suicidio, digamos, de mucha angustia, que se puede trabajar desde la toxicología, de abordaje propiamente desde lo tóxico, esto, digamos, hay que trabajarlo con un equipo que sea, que se comprometa a trabajar la situación. Eh, nosotros no tenemos salud mental en el efector, digo, digamos, para que vos entiendas que la..., nosotros pensamos esto, no porque no sea necesario, sino porque a veces los especialistas trabajan de una manera territorial, y nosotros pensamos que la salud mental tiene [que estar] cerca de donde está el paciente. O sea, no, no concebimos que sea acá, entonces, en ese sentido, se trabaja siempre tratando de que el vínculo, el enlace lo hagamos nosotros si no está, porque puede ser que los pacientes tengan ya un vínculo en el efector con el equipo de salud mental..., eh, tampoco tenemos trabajadora social digamos.

I: En este espacio.

D: Nosotros, el trabajo social está en el territorio.

I: Bien..., eh..., sí, ante la derivación de un Centro de Salud, el toco o la ginecóloga detecta una mujer o un hombre, digamos, mal informados en anticoncepción o en la forma de prevenir enfermedades.

D: Mirá, nosotros tenemos dos mecanismos; por un lado, el profesional es el primero que tiene que hacerse cargo de prevenir, de pensar que su alcance en la intervención no es suficiente. En cada piso, nosotros tenemos un consultorio que es de enfermería que tiene, siempre hay un equipo de enfermería que está a cargo, que es el que [explica] cuál es el circuito de la información de la práctica, amplía la información que le puede haber dado el profesional en la consulta acerca de la práctica que se le va a hacer y, a

su vez, asesora, digamos, en este acompañamiento.

(Interrupción.)

D: Disculpame, te decía.

I: Ah, bueno, este grupo de enfermeras, digamos, de lo que se ocupa es de clarificar, de reforzar dentro del circuito de medicamento. Hay diferentes porque, por ejemplo, nosotros tenemos un Vademécum que es distinto al de los pacientes, porque cuando tiene que medicar es posible que el paciente se vaya con la orden directamente y retire la medicación en el Centro, y si no hay que gestionar para que de aquí se mande al Centro, digo, el paciente siempre retira la medicación en el Centro de referencia, porque esto significa reforzar también que su referencia tienen que estar en su territorio, un...

I: Esto que veníamos hablando, esto de poder generar una atención más personalizada.

D: Exactamente.

I: Esto de poder estar con un profesional en el territorio.

D: Digo, nosotros lo que tratamos es, más allá de garantizar la continuidad dentro de la red, eh..., en este sentido, también potenciar la longitud de atención, dentro del Centro, de sangre, pero muchas veces, digamos, también eso depende de lo singular de la consulta. Digo, hay profesionales que son, digamos, trabajan esto de la brecha de conocimiento entre el paciente y el profesional, y hay otros que no, pero esto forma parte de las particularidades de cada persona.

I: A ver, ¿cómo son tus experiencias del trato profesional de la salud [al] paciente?
¿Has tenido que trabajar al respecto en estos casos?

D: No, por eso te digo que depende de las individualidades, y yo lo he sentido como paciente. Hay médicos que te explican sin saber, mirá a qué me dedico, te explican qué es lo que te va a pasar, cuáles, digamos, cómo va a accionar el medicamento y si te tiene que sacar un lunar, digamos, los riesgos o los beneficios. Y hay médicos que no están haciendo todo este cuento, o puede ser que el paciente pueda llegar a entender lo que el médico le está diciendo, pero nosotros lo que tratamos es de reforzar esto, digo, ya sea que el paciente tanga que hacer, eh...., supónete una placa, una endoscopía. Entonces, bueno, nosotros no solamente vamos a reforzar qué es lo que le vamos a hacer, sino en qué condiciones tienen que venir el paciente, porque de esto también depende la calidad de la práctica y la

posibilidad de hacerlo, por eso existe este espacio que es de acompañamiento al paciente. Porque de esto también depende la posibilidad de la práctica y la posibilidad de hacerlo, entonces por eso existe este espacio, que es de acompañamiento al paciente en relación de conseguir mejores resultados cuando hay situaciones, digo, más allá que las prácticas. Muchas veces el profesional dice: “bueno, yo necesito que esta paciente sea visto por...”, “comunicame o comunicate con el Centro de Salud”. Hay que sostenerla, hay que tratar, bueno, de que la vea la enfermera; entonces lo que hay que hacer es conseguir algún turno con el psiquiatra, hablar con el equipo si es [que] el profesional médico no lo puede estar haciendo, eso para tratar de facilitar este encuentro.

I: Eh, ¿qué pasa si se detecta algún tipo de anomalía o maltrato hacia un paciente, hacia una paciente? Alguna situación, digamos, de discriminación o de mala atención.

Digo, ¿cuál es el procedimiento?

D: ¿Acá? Con algunos de los pacientes, en general, intervienen, o sea, uno se entera de todo, interviene la dirección, eh, escuchando a ambas partes, bueno, porque a veces...

I: El paciente, la paciente tienen temor a denunciar una situación de estas características.

D: No, temor no, yo, en general... O sea, obviamente, que hay veces que situaciones complicadas hay en todos los lugares. Eh, nosotros lo que trabajamos es tener un espacio de escucha y, obviamente, tomar decisiones en cuanto a la intervención.

I: ¿Quiénes? Tu equipo...

D: Sí, sí, no necesariamente tengo que ser yo, sino alguien de mi equipo, o nosotros, somos una dirección que, más allá que hay una dirección y una subdirección, nosotros somos un equipo de gestión, pero depende también de la situación, porque no todo se lleva al equipo de gestión, porque también esto forma parte, digamos, de la privacidad de la intervención que uno tenga que hacer, pero nosotros acá, dentro del equipo de gestión, eh..., digamos, en la parte de la gestión propiamente dicha, digo, o sea, para que vos veas, nosotros tenemos (muestra organigrama de la Secretaría de Salud).

I: No importa, después lo busco.

D: Bueno, en realidad nosotros tenemos un equipo que está formado por un apoyo asistencial que es una enfermera que trabaja con nosotros todo el tiempo; después, una parte de logística, eh, que logística es un ingeniero que es el que lleva adelante todo lo que

sea en relación a los equipamiento. Y una parte de servicios generales que atiende fundamentalmente todo lo que sea, eh..., las cuestiones que están tercerizadas, digo, residuo, limpieza, vigilancia toda esta cosa, y una coordinación de atención al ciudadano, digamos, esto sería como el equipo básico, pero es mucho más amplio que eso, porque nosotros nos reunimos semanalmente e intervienen cualquiera de los servicios digamos dentro de...

I: Esto de atención al ciudadano ¿cómo es? Es un espacio de escucha.

D: Es espacio de escucha, por eso te digo, depende de las situaciones, hay situaciones que llegan acá y hay situaciones que se atienden a partir de la oficina de atención al ciudadano donde, digamos, también en atención al ciudadano, es la coordinación que se encarga de la distribución de los turnos. Los turnos, acá un paciente sale de la consulta y puede ser que necesite una interconsulta dentro de los quince días, entonces nosotros, en los espacios de recepción de los pisos, le estamos dando la consulta próxima, pero si el paciente necesita la consulta, o dentro de tres meses, por ejemplo, la va a agendar en el Centro de Salud directamente.

I: Eh, ¿qué pasa cuando en un Centro de Salud...? Se sabe que el municipio viene trabajando esta idea de perspectiva de género hace más de diez años, ¿cómo se trabaja acá, primero, digamos, con respecto al paciente y después al interior, cómo funciona esto, por ejemplo, con respecto a los profesionales?

D: Nosotros no, por lo menos, hace bastante que yo estoy acá, y hemos trabajado con el tema de género respetando la elección del paciente. Acá los pacientes tienen todos su historia clínica con su nombre, con su nombre elegido, digamos, eh..., y obviamente, que en algún espacio de la historia clínica figura, digamos, el nombre que le pusieron, pero todos los pacientes, o sea, que acá, en ese sentido, se respeta profundamente esto, obviamente que esto es, eh..., nuestro trabajo. Muchas veces se suscitan algunos inconvenientes en este sentido porque, eh..., porque no todos los profesionales, vos pensá que en este sector hay, eh... Si bien tenemos profesionales que son propios del efector, vienen profesionales de distintas especialidades de toda la red entonces, y también, digo, nuestra sociedad, en este sentido, no tiene una maduración homogénea en la aceptación y, pero, bueno, eh...

I: Uno a veces piensa...

D: Exactamente, pero de todas formas digo, eh..., nos tuvimos que acostumbrar, pero todos, desde el administrativo hasta, digo, te cuento algo, porque en realidad fue cuando... empezamos a tener el control de salud, digamos, de las parejas que van a contraer matrimonio, y en realidad, bueno, cuando surge el tema del matrimonio gay, eh... (ríe).

I: Hubo toda una...

D: Hubo toda una cuestión pero, digo, no... (ríe), desde el rechazo, desde acostumbrarse a pensar en la cabeza que no siempre iban a entrar dos personas de distinto género, entonces, bueno, y de tener los análisis del laboratorio y decir "cómo, acá no me coinciden", digamos, tengo dos personas con el mismo género. Igual, digo, desde la risa y no desde el rechazo, en este sentido, situaciones como, como me sobra, me faltan, bueno estas cosas, digo, pero digo, bien, desde el llamar, desde la llamada, tomar los datos desde la llamada telefónicamente y, obviamente, nosotros desde lo legal, o sea, te digo, así como se trabajó el tema de la historia clínica, el que eligió ser hombre es hombre y el que eligió ser mujer es mujer y esto nosotros lo respetamos. Nosotros, y la gente no se siente mal cuando..., digo, anterior a esto pasaba que el paciente a lo mejor estaba en la sala de espera y el médico estaba llamando un nombre de una persona de otro género, entonces eso generaba mucha vergüenza. Y esto es lo mismo que cuando trabajábamos el tema de la codificación del paciente, digo, esto, ¿cómo trabajarlo?, porque esto es totalmente discriminatorio, entonces, esto ¿cómo trabajarlo? Entonces cuando a vos te llega una orden y el laboratorio recibe una orden con una solicitud con una sigla, ¿cómo salís vos, técnico de laboratorio, bioquímico, a llamar al paciente?

I: El caso se deriva digamos a...

D: No, nosotros cuando recibimos la orden, lo llamamos por el nombre. Una cosa simple como esta, digo, porque yo no puedo salir a llamarlo con una sigla, porque ese no es su nombre, entonces, bueno, toda esta situación se han tratado de trabajar de distintas maneras, dependiendo la causal en relación a ser equitativo, digamos y justo para con la gente.

I: Y con respecto a ustedes, el trato, digamos, de la institución, es decir, en relación a situaciones de inequidad para con mujeres. Para con hombres la perspectiva, digamos, funciona, hay un adentro como también es evidente que hay un afuera, eh..., estoy hablando de médicos, enfermeros; muchas veces hay instituciones que funcionan como

patriarcado, ¿cómo como lo ves?

D: Yo, digo, obviamente que las instituciones tienen, pero más que las instituciones que acompañan las instituciones.

I: Las instituciones son...

D: Sí, digo, porque a mí, particularmente, siempre me preocupó y siempre trabajé en función de la igualdad y el respetar la autonomía de las personas, y bueno, obviamente que hay un abordaje y hay una direccionalidad desde la Secretaría de Salud Pública y desde el Municipio en ese sentido, y nosotros tenemos la obligación de acompañarlo, así que... Pero, en general, no hay rechazo a esto, y como se trabaja..., digamos, desde, obviamente, digo, en este sentido, así como, digo, así como se trabaja la no discriminación, digamos, en relación al género que elige la gente, eh..., también se trabaja el tema de la píldora del día después en las instituciones, o sea, digo, y esto no es que no se ha trabajado, pero hay cuestiones individuales, por eso mismo...

I: Ha habido rechazo por parte de algunos profesionales.

D: Sí, obviamente, por eso nosotros, acompañando a una política provincial, hicimos este año, brindamos la posibilidad de que la gente pudiera estar diciendo “yo con esto no estoy de acuerdo”, porque, porque nosotros, desde la perspectiva de salud, tenemos que respetar esto, digo, hay. Pero yo tengo profesionales que han dicho “nosotros no estamos de acuerdo con esto”, ahora, a mí, como responsable dentro de la institución, me influye o no me influye, digo, nosotros acá hacemos ligadura tubaria.

I: ¿Qué pasa con eso y con los profesionales?, que también hay varios que se rehúsan a practicar ligaduras y vasectomía.

D: Bueno, por eso nosotros acá hacemos ambas cosas dentro de cirugía ambulatoria, y yo tengo profesionales ginecólogos acá que están en contra. Ahora, estos profesionales, o sea, digamos, ¿cómo lo trabajamos nosotros? ¿Cómo me llega a mí el paciente o la paciente que tienen que, eh...? Me llega a partir de un Centro de Salud, me llega a partir de un primer nivel, yo tengo que garantizar que en cada Centro de Salud haya alguien que, eh..., esté trabajando esto, porque si no sería inequitativo en relación a la población, también tengo que respetar aquel profesional porque, bueno, sí, yo pienso, bueno, en todos los Centros de Salud hay anticoncepción.

I: Llega.

D: Llega, ahora, si yo tengo un ginecólogo que en el Centro de Salud no lo está ofreciendo, tengo que trabajar con el ginecólogo, diciendo “bueno, vos no querés, pero si alguien te lo pide, vos tenés que mandarlo a que otro [que] esté trabajando este tema con la mujer”, porque si no es inequitativo, por eso a mí me parece que, eh...

I: ¿Cómo funciona esto con un profesional de la salud que está en un efector público y cuando algo es ley?

D: Es ley, por eso mismo, en realidad, ¿para qué nos sirve a nosotros esta base de reconocimiento?, ¿cuál es el sentido desde lo individual de cada persona y cómo respetarlo y cómo no ir, eh..., en contra de lo que piensa el Estado?, entonces, bueno, creo que, eh..., en ese sentido, como nosotros armamos los equipos y que, en que...

I: Si yo acepto trabajar en un espacio, de alguna u otra forma, ¿no estoy adecuándome a las políticas que este espacio...?, digo, si yo me declaro como objetor de conciencia, este trabajador al Estado municipal, provincial o nacional no le sirve, voy a decir una palabra medio, por completo no le está...

D: Yo...

I: No está cumpliendo con sus funciones.

D: Depende, depende, cual sea el rol, para qué lo estoy utilizando, digo, no todo el mundo hace primer nivel, no todo el mundo hace... Depende, digo, qué es lo que esté haciendo, digo, no necesariamente a mí me va a..., a privar de seguir con una política, de ser inequitativo desde el Estado en la oferta. No sería justo que nosotros encasilláramos, y decir “bueno, este es objetor de conciencia no trabaja más”, si yo, si acá está trabajando para hacer esto otro un..., digo, y yo tengo todo un equipo que acompaña a esta persona también. Por eso nosotros sí tenemos que garantizar, suponete, que en los primeros niveles no tener esta dificultad.

I: Y en esos niveles ¿se trabaja concientizando?, ¿se han armado talleres?, ¿cómo se ha trabajado?, sé que hay espacios en la Facultad y en los efectores públicos.

D: Sí, nosotros tenemos muchos espacios de reflexión en relación a esto, pensando que los Centros de Salud tienen también equipos de gestión y, obviamente, que se trabajan las situaciones, digo, desde las más complejas, y otras situaciones ligadas a los..., la salud de alguien, como a todo lo que significa el entorno. Nosotros trabajamos una clínica contextualizada y tratamos de hacerlo en cada uno de los niveles, obviamente, de acuerdo al

alcance, yo puedo trabajar desde una instancia de segundo nivel, como este, digamos, en el contexto, y la debo trabajar. Suponete, nosotros tenemos acá un área que se llama “Área de auditoría”, donde, eh..., llegan las prácticas que, a lo mejor, o una prótesis o un tratamiento, o a lo mejor se visualiza en distintos niveles, es el único espacio donde nosotros testamos si el paciente tiene obra social, y a lo mejor el paciente tiene obra social, ahora, bueno, esta obra social funciona, no funciona; si funciona y el paciente no la usó nunca, ¿cómo lo acompañamos para que, digamos, no, en el peor momento no le estemos excluyendo. Nosotros esto trabajamos todo el tiempo; suponete, hay un montón de pacientes que tienen PAMI, pero toda la vida se atendió en el Centro de Salud y ahora tiene PAMI, pero no lo usa, entonces, bueno, qué sé yo, se tienen que hacer una cirugía de cataratas. Yo, en realidad, tengo cristalinos para aquel que no tiene nada, porque entonces cómo trabajamos esta situación cuando siempre salta que hay estudios previos que nosotros no tenemos para hacerlos acá, y ahí salta que tenemos que tercerizarlos, y ahí salta que tiene PAMI. Bueno, ¿cómo acompañamos?, tratamos de hablar con el PAMI para agendarle la cirugía lo antes posible, digo, este tipo de cosas se trabajan desde el territorio.

I: Es todo un trabajo arduo.

D: Y no necesariamente significa que por tener PAMI lo estemos excluyendo del efector, que va a seguir con su médico de cabecera que ella eligió. Por otra parte, o sea, nosotros no tenemos una mirada facturista, digo, en este sentido, y ojalá todos tuvieran PAMI, porque dentro de todo tienen garantizado una cobertura. Hay personas que tienen una obras sociales que realmente con algunas se pueden trabajar algunas cosas y otras el alcance que tienen es muy limitado como para acompañar al paciente en esa patología, pero, bueno, en este año de auditoría se ve al paciente con su entorno y con sus posibilidades mucho más allá de lo clínico.

I: Bien, si tuvieses que dar una mirada evaluativa con respecto al sistema de salud municipal y al sistema de salud con respecto a la salud sexual, ¿cuál sería tu evaluación mínima en este caso de trabajar en efectores de salud?

D: Mirá, yo creo que en realidad en la salud pública municipal fuimos pioneros en el abordaje de los problemas, yo no recuerdo, digo, o sea, recuerdo que hace muchos años que se vienen trabajando estos temas, que se vienen trabajando en los barrios, o sea, yo no, yo he estado en otros hospitales y, bueno, esto se ha trabajado desde el abordaje de...,

estuve en el Vilela antes, estuve en el hospital Alberdi durante muchísimo tiempo y, en realidad, trabajé distintos distritos; tanto trabajar el tema de procreación responsable del paciente con VIH hasta el trabajo con adolescentes y el trabajar con embarazos no deseados, o sea, esto, eh... Por ejemplo, yo te cuento mi experiencia en el hospital Alberdi. Nosotros teníamos un espacio de adolescencia donde se trabajaba, trabajábamos con las escuelas, o sea, esto siempre se trabajó, pero por un interés de los profesionales, por un interés de los efectores, y también por el acompañamiento de la política, siempre tuvimos la posibilidad, más allá de la direccionalidad de una política, de un abordaje, y de un pensar a las situaciones en relación a los problemas, pero autonomía en relación a cómo abordarlos, un... A veces, los equipos de salud desarrollaban determinadas estrategias, eh..., obviamente, no chocando con la política, pero a veces el acompañamiento de este equipo, digamos, de este programa de procreación responsable, y a veces, porque lo teníamos como una necesidad, sobre todo, el trabajo con adolescentes. Bueno, una cosa, bueno, nosotros, en el Alberdi, trabajamos muchas cosas, distintas cosas con adolescentes, porque en la zona hay muchas escuelas, entonces, bueno, se trabajó esto, y la salud sexual, digamos, surge desde cada ámbito..., eh...

I: Era una demanda de la escuela, eh...

D: A veces, en algunas cosas, eran demanda de la escuela, y otras, digamos, de pensar, desde el sector salud, que había una mala información en relación al cómo y al qué, digamos, también este tema de los tabúes, ¿no?, eh... Esto que causa la risa y que no, y que es muy difícil de charlar

I: Por parte de los docentes también.

D: Por parte de los docentes también, y de los padres, porque esto es de charla de amigos, porque esto, en realidad, es el trabajo de talleres con los chicos, es... Nosotros llegamos a hacer hasta un encuentro con adolescentes y, te digo, fui a la iglesia del padre Ignacio con uno de los pediatras que hacía adolescencia en el hospital, eh... ¿Viste que el padre Ignacio tenía un encuentro de jóvenes? Bueno, había, ese día había mil quinientos chicos, era muy gracioso, porque nuestro pediatra es judío, y por ahí, ante la situación, porque era en un espacio, digamos...

I: Católico.

D: Católico, hablando un judío, y bueno, realmente fue espectacular. Digamos, fue

un momento de encuentro donde nosotros hablábamos con el padre, dijimos, acá vienen muchos chicos, podemos, más allá de los talleres, hay muchas escuelas religiosas. Se trabajó, o sea había un pedido de las escuelas para estar en este abordaje, había escuelas muy complejas, digo de la Villa La Cerámica.

(Interrupción.)

D: Así que, bueno, digo, eh... A veces, los temas, más allá de la bajada de lo vertical o el convencimiento del Estado de ir con..., hay una sensibilización de los equipos en relación al abordaje de determinadas problemáticas, eh... En el vínculo, en la relación vincular que se genera entre paciente-profesional, a veces no es suficiente, digamos, como espacio de abordaje, porque en el tema del adolescente, a veces, digamos, ni es, ni el profesional tiene que ponerse a la par ni hablar como adolescente ni ponerse como el papá o la mamá, entonces es una situación complicada porque también...

I: Facilitar y estimular.

D: Exactamente, pero a veces, depende también el interlocutor que tengas enfrente, o sea, cómo uno en cada situación, digamos, digamos uno tiene que pensar, tener una cierta mirada desde la psicología para poder pensar cómo es la manera de transmitir esto, eh... Para lograr un resultado concreto, digo, no es una situación muy fácil, por eso las instancias de taller, la posibilidad de, digamos, de generar, eh..., encuentros con otros dentro de, eh..., son instancias muy interesantes, nosotros...

I: En ese aspecto, parece como que las cosas funcionan más que bien, creés que...

D: No sé si funcionan más que bien.

I: Eh..., bueno.

D: Funcionan en la medida de, digamos, yo creo que se le dio el espacio y que hay espacios de escucha, que a lo mejor no sé si son los suficientes, más vale que hay que trabajar mucho más en esto, pero creo que existen. Siempre uno piensa, bueno, hay espacios de escucha, cómo potenciarlos para que esto..., para que nadie se quede afuera, y siempre nos dan la sensación de que hay mucho más por hacer. A lo mejor para hacer más de lo mismo, digamos, o sea, porque no es que cambio el abanico de, de... problemas, son diferentes las dimensiones, un...

I: En ese abanico de problemas, ¿cree que se debería reforzar la información con respecto a transmisión de enfermedades infectocontagiosas, transmisión vertical? Me parece

que en ese sentido los adolescentes quizás no cuentan con tanta información...

D: Creo que las enfermedades infectocontagiosas, creo que la anticoncepción es la primer pregunta, y como que se quedan ahí, y bueno, sabemos que hay ciertos barrios que la drogodependencia es...

D: Vos sabés que nosotros, como parte del programa de procreación responsable, hemos hecho formación de docentes, y en ese sentido, si bien por años se hicieron y se siguen haciendo, eh..., fueron espacios de adultos, digamos, eh..., y [en] el docente existe mucho tabú, miedo, y resulta un tema muy complicado. Yo no recuerdo en mi formación de haber tenido una profesora que te diga “bueno, aparato reproductor no damos” (risas), ¿cómo no damos? Aparato reproductor, porque los chicos, porque era un escuela mixta, o sea, digo, estas cosas que vos decís, bueno, menos mal que pasó hace mucho tiempo.

I: Bueno, pero eso pasa aún.

D: Bueno, por eso digo, yo, y a pesar de esta formación que..., de estos ámbitos de formación de los docentes es que, bueno, hay algunos docentes que, bueno, que obviamente nosotros los pensamos como facilitadores de temas, como para darle al docente herramientas diferentes para poder estar haciendo un abordaje y facilitando el conocimiento, para tener..., para que los chicos tengan..., puedan mirar, mirarse a sí mismos de otra manera, y mirar al otro de otra manera, y también cuidarse, pensar que el preservativo no es cuestión de risas sino que es una cuestión seria y... responsable, eh... No solamente por su salud, sino para pensar en la procreación responsable, eh..., y que el sexo forma parte de las personas, digo, no es una cuestión ajena, no es del otro, es de todos.

I: Sí, que las mujeres y los hombres puedan pensar en el sexo como una situación de placer.

D: Exactamente, entonces, bueno, en ese sentido, muchos maestros, docentes, de llamar y decir “bueno, nosotros vamos a tratar esto, pero ustedes acompañennos”, o sea, de que no se sueltan, a pesar de que fueron, las charlas y los talleres que se dieron fueron con...

I: ¿Se da con docentes de todas las edades esto de las dificultades de poder explicarles a las mujeres que tienen el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, derecho a sentir placer?

D: Bueno, muchas veces, digo, si bien estas convocatorias a los docentes fueron

abiertas, digo, no sé si tuviste la oportunidad de charlar esto con la gente del equipo de procreación responsable pero, eh...

I: No.

D: Ah, ¿no hablaste con nadie del equipo de procreación? Bueno, porque ellos por ahí tienen, bueno, yo te puedo contar de escuchar a docentes, de escucharlos a ellos, que eran las que daban las charlas en relación a esta solicitud y acompañamiento, pero, bueno, en realidad, no son mucha la gente que trabaja. Nosotros tenemos otra instancia que es educación para la salud, bueno, educación para la salud trabaja con la comunidad montones de temas, desde procreación, comida saludable, desde, bueno, eh... Se trabaja incluso en época de verano, en la playa, digo, yo creo que el Estado se ha preocupado por, eh..., tomar situaciones de salud que trascienden la salud misma, pero que forman parte, digamos, de, eh..., modificar la brecha de conocimiento, eh..., y no pensando que esto inminentemente le toque a salud, sino que como ampliarlo para que desde el campo educativo se puedan abordar determinadas, no para delegar, sino para que hubiera más que nos puedan acompañar en esto.

I: No tengo mucho más para agregar, sino que agradecerte esto.

D: Bueno (sonrisas).

Entrevista 8

Entrevista consultorio del Hospital Alberdi. La entrevista se realizó el día 21 de diciembre de 2010, a las 10.30 horas, en el Hospital de Día de la institución. Pudimos hablar con Diego, Licenciado en enfermería que nos contó de su experiencia en el espacio.

I: Hola, buenos días, bueno un poco te conté los fines de esta entrevista, contame cómo se desarrolla tu experiencia de trabajo en lo cotidiano.

E: Por lo general, vienen pacientes con VIH o HIV, acá hay psicólogos y las inquietudes...

I: Vos sos enfermero y estás ocupándote de...

E: Yo soy enfermero del Hospital de Día. Acá hay gente que, funciona una consejería, hay psicólogos, especialistas en HIV, infectólogos y personas que están capacitadas como para hablar de este tema de HIV, digamos.

I: ¿Hay edades, vienen de cualquier edad?

E: No, no, en general, vienen muchos casos de adolescentes, gente de la tercera edad, hay muchos casos de la tercera edad que se están dando, que en estos últimos años están apareciendo más, y hay muchos casos con el tema del infectólogo y hay mucha preocupación.

I: Preocupación ¿por?

E: Preocupación porque han aparecido, porque han aparecido a esa edad.

I: ¿Y con qué tiene que ver?

E: Me parece a mí con la falta de información, la gente piensa que ya a esa edad no le va a pasar, o que el tema del HIV está relacionado con la adolescencia o con la juventud, que tiene que ver con otras cosas, con las drogas o relaciones promiscuas, a lo mejor tienen una relación que no es con su pareja estable, y bué, se pescan el HIV, es lo más...

I: Las actividades que ustedes llevan adelante responden al programa nacional o al municipal, PROMUSIDA.

E: Sí acá se trabaja con PROMUSIDA.

I: Los insumos y todo lo demás.

E: Los insumos los provee la provincia y la Nación, parte la Nación, parte la provincia.

I: Ah, y todo lo que tenga que ver con preservativos..., todo eso, lo reciben de la Nación.

E: Sí, en realidad, de la provincia, viene de Nación pero lo provee la provincia.

I: Y el personal es numeroso, ¿vos me decís que hay una consejería?, ¿funciona martes y jueves?

E: La consejería funciona martes y jueves y los viernes también, eventualmente, son dos personas las que ocupan el lugar, antes eran tres, ahora son dos.

I: Son médicos, psicólogos...

E: No, uno es médico y el otro psicólogo.

I: Y ¿sabés cómo nace esto, sabés, sabés cuánto hace que está la consejería?

E: Sí, la consejería sé que está no hace mucho, unos diez años, más o menos, la verdad quizás, un poquito más, no te sé precisar.

I: ¿Vos hace mucho que trabajas en salud?

E: Yo, doce años, once años, que estoy acá en el hospital hace cuatro.

I: Y... ¿como es que empezás a trabajar en esta área?

E: Está bien, yo..., hubo un concurso, porque las personas que estaban acá se fueron y hubo un concurso porque esos cargos quedaron vacantes, y bueno, los pedimos con otro enfermero que es el que está de tarde, yo estoy de mañana fijo, y él es el que está de tarde, y bueno, lo ganamos, éramos cuatro personas, quedamos dos, y uno está a la mañana y otro está a la tarde...

I: ¿Había hombres y mujeres en ese concurso?

E: Sí, dos y dos, y lo ganamos a los dos hombres.

I: ¿Era por antecedentes y oposición?

E: No, por antecedentes básicamente..., presentamos el currículum, y por antecedentes laborales, por eso básicamente.

I: ¿Trabajaste con hombres y mujeres?

E: Sí, somos hombres y mujeres.

I: ¿Y alguna vez tuviste en tu experiencia de práctica o después, ya como profesional, te sentiste discriminado?

E: No, no, para nada.

I: No, nunca hubo situaciones o en las que vos puedas...

E: No, no, en todos estos años no recuerdo haber vivido una situación de discriminación así.

I: Y la situación de los pacientes que vienen acá, ¿cuál es la situación?

E: Y, vienen pacientes de otros barrios y vienen pacientes y vienen pacientes, bueno, Raúl Bertolozzi es un referente de HIV en Rosario, y hay pacientes que tiene de hace treinta años tal vez, hay pacientes de casi treinta años que se atienden desde el año ochenta y pico, que se atienden con él.

I: ¿Hay derivaciones de algún Centro de Salud?

E: Hay derivaciones de los Centros de Salud, hay derivaciones de los médicos que

hacen consultorio, hay derivaciones de la guardia misma del hospital.

I: Ustedes acá hacen segunda y tercera, digamos, hacen atención de mediana complejidad.

E: El hospital es de complejidad media, si bien hay salas de aislamiento, porque viste que el tema de HIV está muy relacionado con el tema de tuberculosis, entonces, viste, a veces se usan salas de aislamiento; bueno, si ves un paciente de HIV que requiere otra terapia, se deriva o al Centenario o al HECA o al Baigorria; digamos, de requerir una atención más compleja, pero si es una complejidad media, se queda acá, ustedes reciben pacientes que necesitan el tratamiento que ya son positivos, cuando llega el paciente aquí se lo aborda clínica y psicológicamente.

E: Sí, acá se dan los diagnósticos, se aborda al paciente con HIV psicológicamente y clínicamente, acá están los infectólogos, hay un gabinete bastante amplio de psicólogos y psiquiatras, pero también se le da el primer informe, bueno, conjuntamente, los médicos con los psicólogos, cuando se descubre que un paciente está infectado con HIV se lo aborda, la primera con psicólogos, además hay mucha contención en ese sentido.

I: Eh, ¿qué pasa si la consejería es la que detecta esto?, una persona se acerca, decide hacerse el análisis y resulta, después de un periodo, que es positivo, ¿sigue acompañando la consejería?

E: Sí, en primera instancia se le pide, el paciente viene por alguna inquietud y se le pide que se lo haga, si da positivo no se le dice que dio positivo, se le dice que hay un error y que se repite laboratorio, para, en un segundo informe, una tienen la certeza.

I: ¿Hay veces que algunos dan positivos y en la segunda instancia dan negativo?

E: Yo, particularmente, no conozco de casos, pero he escuchado que son falsos positivos, pero no sé de qué depende, por eso se le pide la contraprueba, primero se le pide el ISER y después hay, está el Walter Loc, digamos, que es el otro sistema de detección que es más fidedigno, y bueno, no se hacen acá, van al CEMAR o a otros lugares, donde son costosos, pero bueno, en ese periodo el paciente se lo tiene vigilado, se le habla, se lo aborda digamos, pero generalmente, con un segundo positivo, te dice “mirá, te dio positivo”, se lo contiene; generalmente, cuando te dan el informe, uno trata de que esté acompañado, está el psicólogo, los chicos de PROMUSIDA, está el médico infectólogo, realmente está contenido.

I: ¿Qué pasa cuando esa persona tiene, es una mujer y está amamantando?, digamos, son otros cuidados.

E: Bueno, cuando es mujer y se detecta el HIV, bueno, se sigue, se sigue a todo, el bebe, naturalmente, se sigue, si está en periodo de lactancia se sigue, y si es una mujer que queda embarazada y se detecta y se sabe que es HIV, se hace un tratamiento intraútero que, bueno, baja el riesgo de contraer HIV, por ejemplo, de cada diez personas que hacen tratamiento embarazada, uno puede llegar a salir con HIV, la verdad que baja muchísimo la posibilidad de contagio. Pasa que en Argentina hay una ley donde las personas que no quieren hacer el tratamiento o se los puede obligar, eh..., por ejemplo, en España, es distinto, en España si la persona no quiere hacer el tratamiento, eh..., digamos, para el tema del HIV, en cuanto a protección para su bebe, se toman otras medidas, puede hasta ir preso la persona.

I: Por el derecho a la vida de la otra persona.

E: Claro, es una ley de preservación de la vida que el bebe, el feto, tienen derechos desde la concepción, en cambio acá, en la Argentina, empieza a tener derechos cuando ya nació, y cuando ya nació, muchas veces ya está infectado para hacer un tratamiento, entonces me parece que las leyes quedaron caducas en ese sentido, me parece que habría que reverterlo, en ese sentido, bueno, el bebe debe tener derechos desde que se engendra, desde que se engendra en adelante, digamos, por eso hay muchas cosas que se podrían evitar con eso, pero, bueno, no sé si estamos preparados pero, bueno, habría que reverterlo.

I: Eh..., tanto las personas que viven con HIV como las que no ¿vienen, se ocupan de, de, hay, hay...? ¿Los ciudadanos vienen, preguntan, y más los jóvenes que son los más expuestos, si se quiere, se ocupan de enfermedades y de embarazos no deseados?

E: Mirá, mi experiencia me dice que sí, pero si uno mira las estadísticas, las estadísticas son crudas, siguen aumentando los casos de HIV; hace treinta años que se estudia el HIV, y bueno, y cada vez se sabe más, y cada vez hay más tratamiento, lo más efectivo es la terapia combinada de medicamentos.

I: Es costoso.

E: Sí, es costoso pero es gratuito, el Estado lo banca, digamos, y hay medicación. Por ahí vos escuchás que no reciben la medicación, pero no es así, la reciben, no conozco casos que no hayan hecho el tratamiento porque no reciben la medicación, pero acá, acá la

medicación le llega, los pacientes, el paciente la busca, se lo sigue para que lo cumpla, y con respecto a la pregunta que hacías vos, generalmente, vienen por alguna inquietud, por algún accidente, mayormente vienen por eso, digamos.

I: Se me rompió el forro.

E: Claro, tal cual, o yo estuve con tal persona y no me cuidé, o personas que están comprometidas o casadas y te dicen “mirá, yo tuve una relación, tengo miedo, porque, mirá, mi esposa...”, es muy común eso, pero, generalmente, vienen después del contacto o del riesgo, mayormente creo que no hay tanto, no sé si la falencia es desde los grupos de salud o de la información que uno pueda [dar] desde los medios de comunicación, o porque es escasa o porque realmente la gente no toma conciencia, no sé...

I: Vos ¿qué le sumarias al Programa de salud sexual para prevenir esto que decíamos, los embarazos tempranos en personas muy jóvenes, pre-adolescentes o adolescentes?, ¿qué te parece, qué ingrediente falta?

E: No, me parece que la mejor forma de prevenir es educar, me parece que se tendría que comenzar desde más chicos en las escuelas; mirá, yo tengo, y en la primaria, secundaria, si te digo que vinieron una vez a dar una charla de una hora, me parece que es mucho, media hora o una hora me parece que es poco.

I: Ahora en teoría hay un programa de salud sexual en escuela media.

E: Me parece que falta más información desde la escuela, que se pueden hacer más cosas.

I: Algo un poco más didáctico. En conjunto, ¿hay organizaciones que se acercan acá con personas que viven con HIV, hay interacción con las organizaciones, con las vecinales del barrio, más allá de los Centros de Salud, otras organizaciones que laburen con drogodependientes?

E: Sí, sí, con los Centros de Salud hay, hay organizaciones.

I: ¿Sí? Y los acompañan...

E: No, no, porque generalmente vienen los representantes, por ejemplo, hay una institución que se llama Maranata que es una de recuperación de adictos, una institución que está por Rondeau, por la calle Rondeau, que vienen grupos de ahí a controlarse, a hacerse serologías o a ver como está el tema de la adicción, vienen periódicamente a controlarse y hay, hay...

I: ¿Y a ese grupo es posible concientizarlo?

E: Sí, son gente que está en rehabilitación o ya rehabilitada, sí, sí.

I: ¿Y hace cuánto que están?

E: No sé precisarte, hace tiempo que están, pero se trabaja muy seriamente, vienen con representantes de ellos, vienen gente que en su momento también fue drogadicto y se recuperó, y bueno, también vienen a hacerse los estudios y esas cosas para controlarse.

I: ¿Cómo, cómo te parece que viven o pueden vivir...? ¿Se acercan muchas mujeres, digamos, que hayan sufrido durante su embarazo la transmisión vertical?

E: Uh, uh, ¿cómo viven ellas, cómo afrontan el tratamiento?

I: ¿Es un tratamiento complicado, están en pareja?

E: Sí, mirá, el tratamiento es complicado, porque si bien reciben la medicación, es largo, es invasivo, no todos lo toleran de la misma forma, eh..., pero, bueno, está también en el grupo de salud, también contenerlos acá, la asistente social, el psicólogo, que se ocupan mucho de ese tema que, bueno, de llamar a las casas, de ir a buscarlos a las casas, que sigan el tratamiento. Hay veces que, bueno, hay pacientes que son muy difíciles, hay pacientes que dan direcciones erróneas, números de teléfonos que no son, que se los compromete cuando están internados pero después...

I: Eso a qué se debe...

E: Y, mirá, eso se debe a los comportamientos, generalmente, las personas que contraen HIV son personas que tienen comportamientos difíciles, debido a que tienen adicciones. Bueno, por algo tienen la enfermedad, digamos, generalmente, son personas adictas o que tienen hábitos, hábitos promiscuos, generalmente, le importa poco la salud de ellos y del otro, pero son pacientes muy difíciles la mayoría, por eso está la contención, que tomen la importancia de hacer un tratamiento, eh..., digamos, no son pacientes difíciles de abordar, de llevar son difíciles.

I: ¿Acá se hacen ligaduras de trompas, vasectomías?

E: Acá no.

I: No, ¿cómo es la mirada que tienen el equipo de consejería con respecto a estos métodos?

E: El tema, hasta donde yo sé, porque yo trabajé en un tiempo en una maternidad, estaba prohibido el tema de la ligadura de trompas.

I: Ahora se legalizó.

E: Bueno, eso depende de, me parece, tengo entendido, que depende de la cantidad, de si tuvo cesáreas o no, bueno, si es un problema de salud, bueno, digamos, no lo veo mal, en el caso que la persona tuvo tres o cuatro cesáreas anteriores, y hay mucho riesgo en un eventual embarazo, no lo veo mal, digamos.

I: El grupo social con el que ustedes trabajan son... ¿Las mujeres se ven condicionadas o, ustedes sienten que se ven condicionadas a no planificar su vida familiar, digamos, para...?, básicamente, ¿sus maridos les permiten que se cuiden?, ¿o en realidad hay cierto ejercicio del poder, cierta violencia simbólica en este sentido?

E: Claro, generalmente, uno lo que ve es que hace lo que la pareja le pide, son raros los casos que digan “no, yo me vengo a hacer un test de HIV porque sospecho que mi marido tal cosa”, o al revés, digamos, generalmente, no hay compromiso en ese sentido, uno se amolda a lo que diga el otro y no...

I: Las más jóvenes sí vienen voluntariamente y solas o con amigas a buscar las pastillas o a colocarse el DIU.

E: Sí.

I: ¿Ustedes colocan DIU?

E: No, eso, la parte de obstetricia yo no sabría decírtelo, habría que preguntarle a la parte de obstetricia, yo sí sé que acá se dan anticonceptivos, se les habla y todas esas cosas, cuando vienen, pero no sabría decirte el tema de los DIU, no, acá no los manejamos, no es un tema que creo se haga acá, en este hospital, creo que para eso se necesita una sala de obstetricia o un quirófano, acá hay consultorio de obstetricia, que es otra cosa totalmente distinta.

I: Ah..., y..., eh, para ir terminando, ¿la pastilla también la dan?

E: Sí, sí, se distribuye.

I: Ustedes, ¿vos tenés alguna mirada, percepción con respecto a la pastilla del día después?

E: No, me parece que si es...

I: Hay muchas objeciones.

E: No, sí, seguramente, puede haber muchas objeciones, pero si es para evitar embarazos no deseados hay una cuestión religiosa, una cuestión de tabúes, pero si es para

evitar un embarazo no deseado, inclusive hay muchos casos de violaciones que se ven en la guardia, algunos son denunciados, otros no.

I: ¿Te ha tocado estar en contacto [con alguien] que contrajo HIV por medio de una relación sexual violenta?

E: Sí, he escuchado casos, he visto casos, lo que nos han relatado los pacientes, yo no soy médico, generalmente, cuando se revisan a las pacientes, van a la comisaría de la mujer, bueno, porque acá no se puede tocar, sobre todo si es menor de edad. Pero he escuchado muchos casos.

I: Y eso requiere un tratamiento mucho más...

E: Uy, qué te parece, sí, sí, psicológico, generalmente, son situaciones muy traumáticas con, donde las personas..., no es fácil llevar, es muy importante la contención, sobre todo si la persona tiene pareja, hijos, son situaciones muy difíciles.

I: Bueno, Diego, no te voy a robar más tiempo.

E: No, por favor.

I: Muchísimas gracias.

Entrevista 9

Entrevista a la Licenciada Alejandra Miño (Educación para la Salud). La entrevista fue realizada en la oficina de la coordinación del área de educación para la salud el 22 de diciembre de 2010. Alejandra es jefa de área dentro del programa para la salud, es comunicadora social, aunque se capacitó en temas de salud, específicamente, su inquietud está puesta en adicciones.

El programa trabaja en forma conjunta con el resto de las subáreas de la secretaría de salud del municipio.

Se trabaja a partir de una agenda fija anual con temas fijos, emergentes, a demanda. Las actividades están centradas en la prevención y en la promoción de la salud.

Además de armar actividades se acompañan las de otras áreas, por ejemplo, promoción social y otras. Se trabaja con los CMD, generalmente, un jefe de programa o

coordinador tiene un CMD o dos donde coordina actividades.

Los recursos están, o bien nos arreglamos, en realidad, con jefes anteriores, digo, antes de que Binner se fuera a la provincia y se llevara gente para trabajar con él, las cosas eran distintas, teníamos computadoras, y bueno, nos podíamos movilizar hacia los barrios. Ahora no tenemos cómo ir, antes se nos conseguían tickets de taxi, o autos, “movilidades”, para trasladarnos, ahora nada.

Se me dijo que, como salía a dar clases dos horas en nuestra jornada laboral, tenía que devolverle dos horas, soy de planta, a la Muni, que le estaba robando al Estado. Así estamos, ¿capacitación? Sí, para quienes ellos quieren, yo soy de otra bandera política, mirá, yo soy K, viste, entré a la Muni en el 92, y hasta el 97 trabajé en forma precaria, pero bueno, era joven, tenía muchas ganas de laburar. Ahora es otra cosa, soy comunicadora y estoy en salud.

Nosotros hoy estamos muy bien organizados, nos comunicamos por el correo institucional y el personal, realizamos reuniones en equipo de forma semanal, y además participamos de reuniones de otros programas a las que se nos invita porque es pertinente.

El trabajo en el programa es transdisciplinar, las retenciones de parte del personal, y me incluyo, tiene que ver con las actividades que se generan en días no laborables u horarios atípicos, por ejemplo, debemos trabajar el 25, ¿te parece?

Hoy, con respecto al PSSyPR, eso ya estaba acá cuando la Nación lo genera, pasa que ahora es ley. Y desde que es ley, es la provincia la que se ocupa de esa temática, tenés que ver la ley ESI. Bueno, en las escuelas secundarias se dan talleres para los docentes de ese nivel, el formato es el que veníamos haciendo nosotros.

Nosotros, ahora, porque se nos demanda desde las instituciones educativas, realizamos talleres, que ya no son tales, son más bien cursos o depende de la modalidad que la escuela le dé o de acuerdo al público, van surgiendo cuestiones.

Ahí, a partir de un disparador, yo hablo de diferentes cuestiones..., sacamos pelis o bajamos videos y de ahí surgen las charlas. No necesito un videíto que me explique este es el aparato reproductor..., no, yo soy comunicadora y, a partir de cualquier recurso, además soy docente, género inquietudes y puedo informar.

Los beneficiarios, con respecto a la salud sexual, saben qué hacer, cuando yo planteo la ligadura de trompas o vasectomía, porque es ley nacional, la gente se rehúsa, te

dicen: “¿y si después me arrepiento?”.

Está bien, saben lo que quieren, o bien te dicen: “me cuido de otra forma”.

Obstáculos internos para poder trabajar con la provincia, los egos, las firmas, hay muchos que quieren figurar, así es como son los que se capacitan con la plata del Estado municipal, por ejemplo.

El problema no es decisión política, dicen, es de las partes media, es decir, los que son históricos, que tienen miedo de dar información, etc.

El otro problema que se dio en este último año y medio es que hay que hacer todo a pulmón, antes había contrato, para mí, basura, que la Muni hacía con las universidades, los denominados “pasantes” o qué sé yo, bueno, eso ya no existe más. A partir de una gran movida que se armó por falta de pagos, eso se terminó, se fue eliminando, y entonces ahora todo lo hacemos nosotros, o bien con los pasantes o practicantes que son curriculares, es decir, necesitan hacerlo como práctica pre-profesional.

Esos son los grandes problemas, el problema de la capacitación es que hay selección, y yo, si quiero un postgrado, me lo tengo que pagar.

Hoy al frente de las direcciones están los cuadros más formados, pendejos que no tienen experiencia, que pueden ser capaces, pero eso.

Bueno, lo que necesite.

Entrevista 10

Entrevista realizada a la Coordinadora del Centro de Salud La Florida (Av. Casiano Casas 970). La entrevista se realizó en el Centro de Salud el día 24 de diciembre de 2010, a las 9.30 horas.

Investigador (en adelante, I): Te agradezco que me puedas atender, bueno, esta entrevista es a los fines de una investigación que forma parte de mi tesis doctoral.

Coordinadora (en adelante, C): Ah...

I: Esto se va a publicar, por lo que, si te interesa, te puedo acercar una copia..., como para que veas. Bueno, entonces trabajan interdisciplinariamente.

C: Interdisciplinariamente, trabajamos desde consultorio externo, desde consultorio,

trabajamos desde el servicio de enfermería, y lo que sí hacemos anualmente, todos los años, trabajamos con las escuelas, eh..., al Centro de Salud vienen muchas consultas de salud sexual para los adolescentes.

I: Ahí, eso ¿cómo funciona, las escuelas viene a demandar o eso...?

C: No, eso...

I: Es un dispositivo armado.

C: Es un dispositivo armado que tenemos con las escuelas y vamos acondicionando la distinta temática, y por supuesto, trabajamos todos los grupos etarios, trabajamos todo lo que es la parte de secundaria y el tema de los niños en los dos últimos años de la escuela primaria, son distintos apuntalamientos que estamos haciendo ahí ¿no? Porque no es lo mismo dar una charla de salud sexual para adolescentes que para chicos de once o doce años...

I: Sí, sí, claro, la idea es dar las charlas a los niños, no trabajan con las docentes o...

C: Ellas trabajan toda la parte biológica, todo lo que tenga que ver con lo orgánico, nosotros trabajamos anticoncepción y, cómo es..., salud sexual y reproductiva, eso apuntalado siempre, y el tema de concientización, este, que sea una sexualidad consentida, en..., que no tenga que ver con los abusos, el derecho a decidir ¿no?, este, y bueno, sobre todo trabajamos mucho con las niñas, porque lo que hemos detectado en estos últimos tiempos es el tema del sexo oral con el tema de evitar los embarazos, pero no evitando otro tipo de enfermedades; así que apuntalando mucho eso también, y que es lo que ellos también, porque nos manejamos con un buzón de ideas que ellos pueden tirar, nosotros después las leemos y así armamos el taller.

I: Claro, porque muchas veces, quiero decir, muy frecuentemente las preguntas tienen características que hacen que ellos sean reticentes, que no se animen.

C: Que no se animen a hacerlo en lo personal, sino que, bueno, ese buzón que son preguntas anónimas, eh..., y sí, le damos la oportunidad de, si van apareciendo otras dudas a medida que van avanzando al taller, bueno, ahí participan un psicólogo, un médico, bueno, yo que soy enfermera, o cualquiera de las otras chicas, las compañeras, y bueno, también trabajamos el tema de salud mental, trabajamos mucho también.

I: Ah...

C: También el derecho a la salud y de otro tipo que no tengan que ver con la

sexualidad, y también el tema de los abusos, que el sexo no tenga que ver sólo con los instintos.

I: Ah..., bien, ¿tienen muchos casos, se acercan mucho las mujeres, o mejor, las chicas con dudas con respecto a la anticoncepción, cómo tienen que cuidarse, a cómo planificar su vida familiar?

C: Sí, sí, y sobre todo las más jóvenes con respecto a la anticoncepción, y como ellos tienen un acceso directo al Centro, pueden llegar y preguntar, y uno puede estar programándole o no, de acuerdo a lo que a ellas les emerge, de repente, tuvieron una relación no cuidada y eso emerge, con este tema de la anticoncepción de emergencia.

I: ¿Ustedes trabajan y la suministran?

C: Sí, sí.

I: ¿Reciben todo lo que es, digamos, anticonceptivos, y todo lo necesario para poder informar, reciben, por ejemplo, todo lo que es folletería?

C: Sí, todo.

I: Reciben, ¿y eso de dónde proviene?, ¿de la provincia?

C: No, todo lo que tenemos, como este Centro de Salud, pertenece a la Secretaría de Salud del Municipio, viene desde el Municipio. El Programa de procreación Responsable, eso es de Nación, pero lo suministra la Muni.

I: Y con respecto a los profesionales, ¿todos están de acuerdo en brindar la información necesaria?, ¿hay o hubo profesionales, a ver, puntualmente, que, por ejemplo, no estén de acuerdo con la anticoncepción de emergencia?

C: No, no, es el concepto de equipo, sé que en otros equipos ha sucedido, pero no el caso de este equipo, estamos todos comprometidos.

I: La mirada que ustedes tienen con respecto a la salud tiene que ver con trabajar con equidad hacia los géneros, trabajar tanto con los chicos como con las chicas, porque los chicos a veces tienen muchas más dudas, pero a veces, por vergüenza o por “eso yo tendría que saberlo” no preguntan, ¿se acercan a los profesionales?

C: Sí, sí, sobre todo los más jóvenes. El adulto o los adultos mayores masculinos consultan por otras cosas, cuando ya tienen el problema. Sí, sucede acá, y yo me río mucho, que a veces vos los ves que están todos parados acá en la puerta y consultan a ver quién va entrar a pedir preservativos.

I: Claro.

C: Se animan, por suerte, se animan, entran y se llevan el preservativo, ellos vienen, el adulto o el adulto mayor viene con el problema eso es lo que...

I: ¿Han detectado problemas de HIV?

C: Sí...

I: ¿En qué franja etaria?, ¿en adultos mayores?

C: Nosotros tenemos de más de veinticinco años, pero ya venían, y ahora, sinceramente, los contagios no son por adicciones.

I: ¿Son pacientes que ustedes ya tenían?

C: No, son pacientes que vinieron alguna vez y se quisieron hacer la prueba porque tuvieron alguna relación no cuidada, y bueno, ahí, o que han tenido que ver con las adicciones.

I: ¿Y mujeres pacientes que hayan tenido y que se hayan infectado?

C: Sí y que han tenido el diagnóstico en el embarazo.

I: Y eso por una relación no cuidada, ¿y ustedes le preguntan qué es lo que pasó, si hubo una situación de infidelidad?, ¿o esas cosas no se preguntan?

C. En realidad, si ellas lo manifiestan como un problema, tratamos de trabajarlo desde salud mental, porque cuando empieza a ser un problema para ellas, empieza a ser un problema para todos. El asumir la enfermedad puede ser difícil, el asumir el contagio o la enfermedad o la novedad de que están padeciendo HIV, por ejemplo, como cualquier otra infectocontagiosa, cuando empieza a ser un problema para ellas, empieza a ser un problema para todos, realmente, tenemos bastante soporte de salud mental, el poder estar sosteniendo y abriéndole la pantalla para decirles: “bueno, esto no es el fin del mundo ni la muerte, HIV no tiene que ver con la muerte, la medicina ha avanzado”.

I: Muchas personas viven con HIV y siguen sus vidas.

C: Naturalmente, por supuesto.

I: ¿Qué pasa entonces durante el embarazo, se someten a un tratamiento?, ¿después del embarazo, siguen?

C: Sí, generalmente, tienen adherencia...

I: ¿Hace muchos años que trabajas acá?

C: En realidad, hace cuatro años.

I: Y venías trabajando hace...

C: Sí, en salud pública, hace veinticinco que trabajo.

I: Y te parece, tu percepción con esto de poder trabajar con una perspectiva de género ha cambiado en los últimos años, en la última década, esto de pensar al hombre y la mujer como sujetos de derechos, eh, y esto de poder ejercer, la mujer particularmente, la sexualidad plena. ¿Creés que se están derribando las barreras de la estructura patriarcal, si se quiere?

C: Yo creo que sí, estoy absolutamente convencida.

I: ¿Tiene que ver con acciones políticas o con que las cabezas de las mujeres está cambiando?

C: Bueno, creo que..., y esto es muy subjetivo...

I: Está bien, subjetivamente.

C: Creo que la mujer, que desde que comenzó en la década del cincuenta, que comenzó, desde el sufragio, desde que adquirió el derecho al voto, no dejó de avanzar, “remando en el dulce de leche”, siempre, porque luchando contra todo, contra lo patriarcal, contra el machismo, contra todo eso, ha logrado posicionarse socialmente, a pesar de que todavía hay algunos casos, que todavía hay lugares donde no llega la información, hay muchos lugares y muchos rincones que aún la mujer está siendo sometida con el tema de la violencia, con las restricciones, con el de no pensar, con el de no poder decidir, no poder opinar...

I: Esto de no poder decidir, ¿tenés o te das cuenta de situaciones de mujeres que se cuidan a escondidas porque sus esposos o sus parejas no quieren?

C: Sí, pero las descubren, lo intentan pero las descubren siempre, es como que no lo pueden sostener en el tiempo, y eso les trae conflictos y culpas, pero esto les pasa, sabés a quién, a las chicas que no, a las analfabetas.

I: ¿Ustedes tienen muchas situaciones de esos sectores? No, no en este Centro.

C: En este Centro puntualmente no, pero sí creo que las chicas están empezando a darse el lugar, socialmente hablando, no sólo sexualmente hablando, a entender cuáles son sus derechos.

I: A entender cuales son sus derechos.

C: Que tienen derecho a, como madres, como mujeres, como todo, y esto tiene que

ver con un trabajo arduo que ha hecho la parte del Estado ¿no? Y ya te digo, desde la década del cincuenta, cuando empezaron a tirar el voto, de ahí en adelante.

I: Ahora te voy a hacer una pregunta más personal, ¿viviste o, digamos, en tu trayectoria, situaciones de inequidad o violencia institucional, en el trabajo, situaciones en las que sentiste que eras discriminada por tu condición?

C: No, a ver..., profesionalmente no, y como mujer no, en ningún momento viví situaciones así..., eh, yo, hace muy poquito que asumí la jefatura de este Centro, y había un personaje masculino, y no era enfermero, era médico, esto trajo algunas asperezas, ¿no? De cuestionamientos, ¿no?, a mí, a la gente de coordinación.

I: ¿De por qué no una médica?

C: Por qué no una médica o por qué no un psicólogo. Esto es para mí maravilloso, porque muchos colegas enfermeros son jefes de Centro, esto es un gran logro, un gran avance, de poder posicionarte, que sos capaz, que estás preparado, y eso no tiene precio.

I: A eso...

C: A eso no hay con qué darle...

I: Bueno, acá, ya me contestaste un poco, has podido desentramar estas cuestiones elitistas.

C: Al principio, hubo algunas asperezas, pero después se dieron cuenta con que esto no tiene que ver con que yo voy a posicionarme en otro lugar, posicionarse, en algún momento, hay que posicionarse, con el tema de decisiones..., a ver, yo sigo siendo la misma, sigo siendo la Liliana de siempre, sigo siendo inclusive la enfermera del turno mañana.

I: A ver, Liliana, y el equipo, ¿vos pudiste ver situaciones de inequidad o situaciones propias que tienen que ver con la reproducción de ciertos valores imperantes para con los y las pacientes?, ¿situaciones de no comprender que hombres y mujeres somos igualmente sujetos de derechos?

C: Te diré que llegan bastantes personas, familias enteras en situaciones de inequidad, el problema de este Centro es que está muy cercano al barrio Cerámica, y en este barrio hay muchas consultas que tienen que ver no sólo con violencia de género, violencia familiar, que está ligada a las adicciones, es un tema muy complejo.

I: Ahjá, ¿y qué pasa con el profesional cuando se encuentran con esos problemas?

C: Y, esta es una cuestión de todos, incluso sumamos equipos que tienen que ver con adicciones, con violencia familiar, con los DD del niño que, para nosotros, en realidad, salud pública, eso está siendo un problema, por falta de respuestas de parte de la Dirección de Niñez, desde la legislación, como que eso todavía no está empapado, y nosotros necesitamos respuestas más emergentes, y no las encontramos, pero no es un problema de nosotros, es de todos.

I: Que la legislación no ha podido ser acompañada con acciones.

C: Sí, sí, en la práctica, y sobre todo, para lo que emerge, hay mucha burocracia, que el papelito, que acá, que entrevistas, que esto, y entonces eso como que complica un poco resolver el de poder estar sacando a ese niño, por ejemplo, de ese hogar, separándolo de ese lugar. Y eso todavía como que no estamos, que no tiene que ver con lo que hacemos en el Centro, tiene que ver con lo que está más arriba, incluso los equipos se cansan, se agotan, porque se estira tanto que se agotan, se agotan, ¿entendés? Porque se hace muy largo el ir y venir, si le damos intervención, si no, pero, bueno, se trata de hacer y los equipos le ponen mucho compromiso, sobre todo eso, el compromiso de estar y de poder resolver de la mejor manera, porque eso es lo que buscamos de la manera más sana, pero, por lo demás, pero por lo demás, digo, esto de tener la puerta abierta un 24 de diciembre, no es poco.

I: Y que es posible tener ganas de seguir trabajando y darle para adelante, eso es muy importante, es importante que los equipos estén concientizados en esto, por eso yo te preguntaba, porque creo que es la condición sine qua non para que todo lo otro se pueda concretar.

C: Sí, sí, por eso te digo, no es un problema mío, que estoy en gestión, o de la psicóloga o del pediatra que te trae el problema, todos, de alguna u otra manera, comprometen, el problema está en poder resolver de la manera más sana el conflicto.

I: ¿Cómo evaluarías, esto ya para finalizar, la gestión en salud sexual o la salud pública del municipio y qué cuestiones ser tratadas mejor o diferentes?, quizás el tratamiento de enfermedades infectocontagiosas, quizás más enfocada a los jóvenes-adultos.

C: Sí, sí, creo que sí, han empezado a ser más los adultos los más vulnerables,

vulnerables por esto de que los jóvenes tienen acceso a otra información, esto de Internet, esto de las escuelas de animarse a hablar y de entrar en un equipo de salud y que le digan “mirá, el preservativo se pone así, mirá...”.

I: Tienen internalizada la idea del preservativo, en cambio los adultos no, los adultos no, esa sería una situación para retrainar.

C: Sí, para seguir retrainando, y después otro tema que tiene más que ver con la cultura, a nosotros no nos criaron, a nosotros, nos fuimos, y bueno, a la pareja, vos sabías que vos, pero no sabías del otro, ni siquiera te animabas a preguntarle qué había sido de su pasado sexual.

I: O si se había hecho el HIV alguna vez.

C: No, jamás, no me lo iba a hacer, pero porque, porque es cultural, porque nuestros padres no nos transmitieron eso, ni siquiera nos dijeron como te tenés que cuidar, y no teníamos la oportunidad que tienen los jóvenes, y un adolescente te habla y te dice como está formado tu cuerpo, lo maravilloso que es cuidarte, lo maravilloso que es tener una salud sexual o una sexualidad plena, y que te animen y que te traigan y que te digan, qué sé yo, eso es más que Papa Noel, eso es maravilloso, de que ellos tengan la oportunidad de saber y amarse a sí mismos, nosotros no tuvimos todo eso, y ahí vemos una fuerte campaña de concientización adonde si hay que ir es con los adultos mayores, ahí sí creo que hay que apuntar un poco más.

I: A una campaña de concientización de los adultos mayores.

C: Sí, sí, pero es un día a día, es maravilloso esto de la libertad de poder expresarse. Es trabajo, es concientización, y no lo digo sólo por HIV, lo digo por sífilis..., es un día a día, lo digo por tuberculosis, que es una enfermedad infectocontagiosa, que tenemos casos de tuberculosis, lo digo por, qué sé yo, lo digo por rubéola..., es un trabajo de día a día, si yo te voy a poner una vacuna porque te tengo que vacunar, la vacuna de los machos, porque es vacuna de los machos, y si yo te pongo la vacuna, ¿estás vacunando al otro? Es decir, estar concientizando constantemente, es un trabajo día a día, día a día...

I: Bueno, gracias.

Entrevista realizada a la coordinadora del Centro de Salud de Champañat.

Fecha de realización: 3/02/2011. Entrevistadora: E. Coordinadora del Centro: C.

E: Bueno, ¿vos sos la coordinadora del Centro?

C: Yo soy la coordinadora del Centro, soy farmacéutica y soy coordinadora del Centro de Salud Champañat.

E: Y el Centro tiene...

C: Y el Centro tiene, no sabemos bien la fecha, pero tiene aproximadamente veinticinco años.

E: Y vos ¿cuánto hace que estás?

C: Yo, que estoy en este Centro..., desde inicios del 2005, y en la coordinación, desde noviembre de 2007.

E: ¿Y en efectores públicos?

C: Y en efectores públicos, yo comencé a trabajar en el año 86, hubo un período del 94 al 2002 que no viví en Rosario.

E: Tu trayectoria...

C: Yo trabajé en salud pública antes de recibirme.

E: Y te pregunto, ¿cómo ha sido tu experiencia respecto a la evolución, respecto al derecho a la salud y respecto a los cuidados de la mujer y la salud sexual, y esto de entender la salud como un derecho?

C: A mí me parece que en eso se avanzó muchísimo, y creo que tiene que ver con las políticas que se dieron en Rosario, específicamente, pero también tiene que ver con un cambio de posición que hace..., que se dio, tiene que ver cómo se implementó la salud en la ciudad, en Rosario, sobre todo en la parte en la que estamos nosotros, los Centros de Salud. Antes, hace 20 años, eran pensados, les decían “el dispensario” o “el Centro periférico”, hace unos años se crea la dirección de atención primaria y, justamente, lo que se hace es intentar centrar las acciones en los Centros de Salud que no se llamaron más “Centros periféricos”, sino todo lo contrario, porque hoy pensamos que es el menos periférico, porque en realidad está donde está la gente.

E: Y...

C: Y sumado a esto, disculpame..., también hay una ampliación del concepto...,

nosotros decimos que trabajamos una clínica ampliada que no sólo vea lo biológico, sino que además pueda tener en cuenta la parte de salud mental de ese sujeto, pero también tener en cuenta que ese sujeto vive en un determinado lugar con una historia, con una cultura, a la vez tener en cuenta todo eso cuando uno está delante del paciente, ¿no?

E: Y... respecto a la salud de la mujer, en el Centro de Salud, específicamente, los espacios de salud sexual ¿tienen su razón de ser?, ¿funcionan como tales?

C: Para mí tuvo su razón de ser, o sea, yo de por sí no estoy tan de acuerdo... con los programas. Me parece que la salud sexual es parte de la salud integral de esa mujer, sí me parece que hay veces que cuando quiere instalar algo gracias a la existencia de ese programa, conseguir, qué sé yo, hace veinte años salud pública se peleaba por garantizar el acceso a la píldora anticonceptiva, algo que parece tan básico. Tal vez al existir un programa..., me parece que la salud es integral, que también es parte de la salud de la mujer.

E: Eh..., el programa, además de existir uno a nivel nacional, existe uno previo a nivel municipal. Pero el primero, además, comprende no sólo el ejercicio de los derechos sino también si...si..., acá hay un espacio de consultoría.

C: Existió en algún momento y ahora es como que se incluye dentro de la consulta, mientras tanto, nosotros estamos focalizando en este momento en hacer alguna serie de actividades, pero con una intención un poco más amplia de garantizar derechos y obligaciones y de comenzar algún trabajo con la comunidad, y ahí pensamos tomar un tema de servicios públicos como para poder trabajar los derechos...

E: Y... el tema, por ejemplo, ante una demanda, el médico de cabecera o la ginecóloga o bien la enfermería..., eh... ¿Cuáles son, digamos, las demandas o las situaciones... con respecto a esto, salud sexual y procreación responsable?

C: Y, lo que más se consulta es por métodos anticonceptivos.

E: ¿Cómo tomarlos?

C: Sí, cómo tomarlos, eh..., igual nosotros..., lo que hacen los médicos es..., en la consulta lo que le explican son los distintos...

E: ¿Y cuál se busca?

C: Y, mayoritariamente, la píldora y el inyectable, menos el DIU y muy poco la ligadura.

E: ¿Tenés algún posicionamiento respecto a la ligadura de trompas?, ¿a la vasectomía? Que..., me refiero si tienen algún objetor.

C: O sea, la idea es siempre ofrecerlo.

E: Y bueno, eso depende de las edades..., las posibilidades, con respecto a la anticoncepción hay diferencia entre las mujeres jóvenes y las más adultas, es difícil esto de decidir, les cuesta decidir, que la mujer que está en pareja tiene una reticencia o está limitada, ¿hay cierta imposición del hombre a no cuidarse?

C: Y sí, muchas veces sí, a no cuidarse con el preservativo, o sea, una cuestión cultural.

E: Y tienen situaciones de pacientes VIH positivos...

C: Tenemos, no tantos. Pienso que no tenemos tantos nosotros con la cercanía con el hospital Carrasco..., pero sí tenemos, pero trabajan de alguna forma...

E: Cuando dicen que no tienen tanto...

C: No digo no tenemos tanto..., algunos, nosotros no tenemos infectólogos, el infectólogo lo tiene allá.

E: O sea, acá hay un espacio para que vengan a buscar los medicamentos.

C: Como que se le da la posibilidad, si quiere retirar su medicación acá, la retira, pero no tenemos muchos, tenemos seis pacientes.

E: ¿Y dónde...?

C: Y, estos pacientes tienen infectólogos en el CEMAR o en el Carrasco, pueden ir a uno, a otro, por la ubicación de este Centro de Salud.

E: ¿Y tienen casos de mujeres embarazadas que estén haciendo el tratamiento?

C: En este momento no.

E: Que se hayan infectado o...

C: Hace poco tuvimos una chica que se infectó en el embarazo, y bueno, nada..., como ya se sabía, cuando nace se le hace el tratamiento mismo.

E: ¿Qué otras situaciones problemáticas existen? ¿Situaciones que hayan derivado en aborto?, ¿tienen ese tipo de situaciones o van al Carrasco o al CEMAR...?

C: No, no, el aborto, si es para parar la hemorragia, no viene acá, se va a la guardia de emergencia. Pero sí hay distintas situaciones, pero de aborto no me he enterado, no me han comentado, así que pienso que no, se produce el acto abortivo y te vas directamente a

una guardia, así que pienso que no...

E: ¿Cuáles son para vos las demandas con respecto a los hombres? ¿Cuáles son más frecuentes o las inquietudes que en realidad no se..., que están subyacentes, digamos?

C: Sí, lo que pasa que tantas consultas de hombres no tenemos, o sea...

E: Estamos hablando de jóvenes...

C: De jóvenes y no tan jóvenes, en realidad, me parece como que facilitó un montón desde que nosotros tenemos el dispenser puesto en la sala.

E: Como que ya se eliminó el tener que pedir, solicitar.

C: Si bien antes, cuando teníamos el dispenser..., antes, en farmacia, en el consultorio, podías solicitar, pero hay algún prurito en solicitar, básicamente eso de los hombres, jóvenes y no jóvenes, pero consulta, no consulta tanto el hombre...

E: ¿Cuáles son las situaciones...? Vos, como coordinadora del distrito, atravesaste situaciones en las que tuviste que decidir por tomar una decisión en relación a..., eh..., preservar la salud de una mujer... Eh, por ejemplo, una situación de ligadura de trompas, por ejemplo, una mujer que decide no tener más hijos porque eso pone en riesgo su vida.

C: No, todas esas situaciones en realidad son porque tienen muchos hijos, y en realidad son, pero no porque corra riesgo su vida, por una decisión de no tener más hijos. Una situación así que tuvimos tenía más que ver con una chica, ¡bah, chica!, ya grande, de treinta, aproximadamente treinta y cinco años, y en realidad, unas tía de ella tenían un certificado que decían que estaba bajo..., que era la tutora de ella, y entonces vinieron un día los familiares que querían que cuando tuviese el niño, que se le ligan las trompas. Después lo hablan conmigo y lo que me dicen es que es una persona que puede opinar y pensar, entonces, bueno, tuvimos una entrevista con ella, hablando con los tíos. Digamos, a ver, la persona, eh..., era la que ejercía derecho sobre su cuerpo y..., siendo que tenía capacidad para decidir, eh..., nosotros, como equipo de salud, íbamos a acompañarla...

Consultamos con unos abogados y, bueno, después le hicimos saber a la paciente que estaba esta situación, y veníamos con todas las ganas, trabajamos con la maternidad porque sus familiares decían como que iban a seguir y en parte iban a exigir que las ligaduras... En realidad, lo que ellos tienen es una tutela, cobraban una pensión, pero no eran totalmente tutores, sino que tiene capacidad de decisión. Fue una situación en la que todo el equipo estuvo en el parto esperando que aparecieran los familiares, pero, bueno, se pudieron dar

todas las garantías.

E: Te pregunto, ¿has tenido, en este espacio coordinando, alguna situación en la que has tenido que intervenir? Que detectaste, digamos, una situación de maltrato para con un paciente o de un trato diferencial, eh..., hacia alguno u otros...

C: No, y..., como en todo lugar grande, a veces pasa que por algún motivo un paciente, muy pocas veces, que por “x” motivos no quiere que tal médico lo atienda, por algo que no le gustó. Nosotros lo que hacemos, facilitamos el cambio de personal, pero pocas veces, y no está vinculado al tema de la salud sexual, digamos.

E: ¿Y alguna vez tuviste que presenciar alguna situación, digo, de distintas características, más enfocado a... las mujeres, digo?

C: No, un poco la concepción, la lógica en el trabajo que tenemos, o con la cual se intenta trabajar, desde esto de incluir, de facilitar la equidad, de estar atento al más vulnerable, porque es nuestra lógica de trabajo.

E: Y para vos ¿quiénes son en este espacio los más vulnerables?

C: Y, nosotros acá tenemos un área muy crítica, está cerca de la vía, onda que es el distrito oeste, es pasando Avellaneda... De todas maneras, está acá a unas cuadras, y eso es para nosotros la zona más crítica.

E: Y ahí es como el espacio se prioriza, se...

C: Sí, sí, se trata de, aparte de priorizar en la atención, ya de saber, tenés que tomarte más tiempo en la consulta, saber explicar con más detalles...

E: Ustedes detectan más desinformación entre las mujeres jóvenes adultas que en las adolescentes, o más reticencias a estar informadas.

C: Y sí, como que las jóvenes están más informadas con..., igual, a veces, como que la información no es siempre tan certera..., hay mucho de mito...

E: ¿Han podido realizar algún taller, alguna charla y convocar?

C: No, desde que yo estoy no, antes sé que han hecho los chicos, hace unos años atrás sé que sí, desde que yo estoy estos tres años de coordinadora, no.

E: Vos me nombraste “Vía onda”, bien...

C: Sí.

E: Y ahí trabajan muchas organizaciones de la sociedad civil, ¿ustedes interactúan con otras organizaciones en los espacios más complicados?

C: Nosotros participamos, o sea, de lo que la mesa de gestión multisectorial, digamos, como Centro de Salud.

E: Ah...

C: Yo no voy porque es una cuestión..., una imposibilidad horaria, en el mismo horario tengo una reunión del distrito, pero sí van de acá una trabajadora social y una odontóloga, y en un espacio después que hay, que trabajan específicamente con los jóvenes, va la trabajadora social y el psicólogo, a la mesa de gestión va la trabajadora social y el odontólogo.

E: Eso...

C: Una vez por semana participan organizaciones civiles, políticas y el Centro de Salud Casals, que es el otro, la "Vía onda" la atendemos el 90% y el Casals, y participa a veces la escuela.

E: Ustedes se nutren de otros espacios para realizar, seguir los requerimientos.

C: Sí, y también para, además, de nutrirnos lo que ahí se intenta trabajar es en..., también como mesa de gestión de salud, conseguir mejoras para ese lugar, tomamos problemas entendiendo de que la salud y un montón de otras cosas también hacen a la salud, el agua, la luz...

E: Además de lo general, ver esto cómo afecta.

C: Y alguna otras organizaciones que no tengan nada que ver con "Vía onda", esto es un área muy grande, aproximadamente, 30 mil habitantes, eh..., el desafío, justamente, que nos venimos planteando, justamente, eh..., yo, algo que nunca hemos podido es intentar armar algo intersectorial, o para poder trabajar toda la problemática del barrio en lo que sería de Avellaneda para este lado, lo que es la zona de este Centro de Salud, y también hacer esta zona es como, sería, no es crítica como "Vía onda", es más de clase media, clase trabajadora, pero también se mezcla, vas media cuadra caminando y te encontrás con un pasillo y cuando entrás al pasillo ves un cierta situación en algunos pasillos. Tenés acá a una cuadra y media relocalizadas ciento treinta y cinco familias, tenés lo que es la villa Itatí, que se empezó hace dos años y ahora se está construyendo otra parte..., y la idea es poder ver este año.

E: Así, como crítica, ¿cuál es el problema o los problema más complicados?

¿Adicciones...?

C: Y, en la “Vía onda”, pobreza, miseria, eh, con todo lo que eso trae acárreado, o sea, de no tener adonde dormir, no tener agua, no tener luz, no tener qué comer, no tener trabajo, la basura, porque viven del cirujeo. La basura, el caballo y la gente, todo junto, todo en el mismo lugar, en la misma casita, en el mismo ranchito, porque si no le roban el caballo.

E. Situaciones de violencia.

C: Sí, sí, hay caos de violencia, hay caso de abuso, eso no es solo de la “Vía onda”, en realidad, el abuso afecta a todos los sectores.

E: Y en ese caso, ¿ustedes proceden interdisciplinariamente?

C: Sí, en general, se trabaja interdisciplinariamente y también, a veces, interinstitucionalmente.

E: Cuando llega un caso así, lo aborda la médica y también psicológicamente.

C: Claro, y después también hay veces que lo hemos hecho nosotros, hemos ido a la defensoría de repente, como es la situación, se da distintos abordajes... que depende de cada caso... Pero siempre...

E: Hay un tratamiento particularizado.

C: Pero siempre interdisciplinariamente con el trabajador social, el psicólogo médico que intervenga, enfermería, yo intervengo como farmacéutica y también como integrante del equipo.

E: Vos, como profesional de la salud, tanto en lo público como en lo privado, ¿cómo te posicionas frente a tu trabajo...? ¿Cómo te sentís como profesional y mujer?
¿Cómo te han tratado?

C: Bueno, lo que pasa es que en salud, en general, somos muchas mujeres, entonces ahí hay...

E: Sí, hay una diferencia o quizás aumentaron los ingresos y egresos.

C: Creo que en este momento no la estamos pasando tan mal, pero en realidad no entiendo la pregunta, el sentido.

E: A ver, si fuiste víctima de algún tipo de violencia institucional, si te sentiste discriminada por ser mujer.

C. Por ser mujer...

E: Sí, y después, digamos, si te sentiste discriminada como farmacéutica respecto a

otras profesiones.

C: No, discriminada no, sí, digamos, el sistema de salud es.... Si bien en el lugar donde estamos nosotros, Centro de Salud, se trabaja más interdisciplinariamente y se trata las cosas de manera que no sea desde el modelo médico-hegemónico, la verdad es que vivimos en una sociedad que por más que nosotros intentemos que no, o sea..., acá, en los Centro de Salud, es como que uno trabaja con horizontalidad, y no me ha pasado tanto, me parece que también tiene que ver con la forma de ser, también eso, o sea, eso también ayuda, no tiene sentido en este lugar esa diferencia. En mi historia he pasado por los hospitales y eso, pero no por ser mujer, sino por no ser médica, en este sentido, sea mujer o varón, tal vez sí, es como que el modelo lo manejan los médicos, no tanto en la atención primaria, es como que hay una...

E. Hay, aparece como cierta inequidad.

C: Esto de la época en que trabajé yo en los hospitales, hace un tiempo. Ahora acá priorizamos el trabajo en equipo, hay una lógica de trabajo. Nosotros tenemos una vez por semana reunión de equipo y participa todo el equipo, en esa reunión se tira un tema y se intenta acordar. Todo el mundo tiene habilitada la palabra, y donde se intenta lograr acuerdo a partir de esos distintos puntos de vista, es un poco distinto, es más horizontal, se intenta que sea más horizontal, no siempre se garantiza. Yo intento garantizarlo, también depende, no es tan fácil, porque no es un ejercicio habitual, venimos todos con la formación más...

E: Para ir terminando, una pregunta, ¿Qué le sumarías y qué le restarías a las políticas de salud sexual existentes, el nivel provincial, el municipal...?

C: A mí me parece pero, que no sé si es el programa los que tienen que garantizar. Si bien me parece que hoy como que la gente está informada y la comunicación telefónica, esto, esto de que puede llamar la gente e informarse, me parece que como que todavía falta. Que yo no sé si lo podría todo en el programa, que también es un desafío para nosotros, quienes estamos en lo local, de poder trabajar otro modo. Porque todo lo que hablamos antes, de quienes llegan, de quienes llegaron acá, como siempre dije, antes... Pero hay que poder trabajar con quienes no llegan, claro, no sé cómo... Y no llegan por tabú, vergüenza, desconocimiento.

E: ¿Despreocupación u otro tipo de preocupaciones?

C: Sí, también..., porque muchas veces tener que pensar, el no saber si vas a pasar el hoy, también tiene que ver con las condiciones en la que vive la gente.

E: Es difícil tener que atenderme, cuidarme, hay como cierta depreciación del valor del cuidado de la vida y de la salud, digamos, en general.

C: Si bien, a pesar de todo eso, qué valorable todos los pacientes que tenemos, ¿no? Pero..., igual, a mí me parece, pienso que no es fácil si vos no sabés si vas a sobrevivir un día, poder pensar en una planificación.

E: Y la que es madre, una vez que lo es, se olvida un poco de su salud y prioriza la de sus hijos.

C: Me parece que hay una mezcla, que hay quienes sí y quienes son... Pero, en general, muchas, me parece que ese cuidado tiene que ver más con no tener un hijo, más que como entenderlo que es como un derecho y una cuestión integral.

E: Como entender que traer un hijo más es una boca más.

C: Me parece que ahí está el desafío de los programas, y creo que también el de nosotros a nivel local, justamente, que esto, el poder, es un derecho no sólo a no traer una boca más sino que es un derecho sobre tu cuerpo y a poder decidir.

E: Que se puede gozar de la sexualidad sin tener hijos.

C: Sí...

E: Que sobre esto también...

C: Que tiene que ver con lo que mucho de nosotros decimos, es decir, nosotros adherimos al concepto de salud que apuesta a la construcción de ciudadanía.

E: Cómo se construye un ciudadano mediante..., pleno, ese sería como el objetivo 2011.

C: No, el objetivo de todos, lo que te iba a decir, que cuanto más nos acerquemos a eso creo que más vamos a dar una pasito más. El objetivo es que aporte a la construcción de ciudadanía, el objetivo de siempre es aportar a la construcción de ciudadanía.

E: Bueno, muchas gracias.

Entrevista 12

Realizamos la entrevista el día 5 de febrero de 2011, a las 10 de la mañana, en la oficina donde funcionaba el Área de la Mujer, donde nos encontramos con la Mg. Ana

Esther Koldorf, coordinadora del PIO (Plan de Igualdad de Oportunidades).

El PIO nace con la idea de poder transversalizar la cuestión de género y se conforman dos comisiones que funcionan con el mismo objetivo, la equidad.

Si se debe pensar en una secretaría problemática para tratar el tema, señala Ana, es hacienda. En las mencionadas comisiones participan varones y mujeres donde se discuten cuestiones de agenda y otras que cada secretaría traiga a colación.

Además, funciona un consejo asesor integrado por distintas OS de la ciudad, ese se reúne un miércoles por mes y se tratan cuestiones respecto al PIO y otros temas que las OS propongan.

Por el Concejo Deliberante viene Mariana Alonso, que tiene mucha experiencia en el tema, ella participa en una de las comisiones.

Se organizan además, en conjunto, actividades en relación a las conmemoraciones de las mujeres.

Las problemáticas que más les preocupan a las instituciones son la trata y la seguridad. En términos positivos, Ana señala que hoy existe una ordenanza que instituyó al PIO como política de Estado.

La idea directriz del Plan es que se cumplan todas las políticas públicas que, en realidad, señala Ana, ya están establecidas pero no se respetan.

El PIO tuvo distintas etapas, en la tercera, se incluyeron todas las políticas que no estaban contempladas hasta ese momento, y sí observo, dice, que se hace lo políticamente correcto.

Además de esto, en todos los espacios se nota discriminación por cuestiones ideológicas, y en la Universidad, que es mi otro espacio de trabajo, se deja de lado lo académico por la política, hay mucho clientelismo.

Pero volviendo a la gestión —remarca—, el problema es el presupuesto, es difícil poder hacer que los contadores comprendan la perspectiva de género, la ideología patriarcal nos atraviesa.

Entrevista 13

Entrevista a INDESO. La entrevista la realizamos el día 26 de febrero de 2011 en

INDESO, en la sede de calle Balcarce 357, nos encontramos con la coordinadora Noemí Chiarotti (en adelante, N). Entrevistadora (en adelante, E).

N: Cuando se crea el Consejo asesor nosotras no estábamos, estaba nombrada Casa de la mujer de Rosario más los colegios.

E: Sí...

N: Estaba Walter Barbato también por la Universidad..., bueno, y a partir de la incorporación de Débora Ferrandini en salud, viste que está ella como..., o sea, está Capiello y está ella, no sé cuál es.

E: Secretaría sería y Capiello.

N: Bueno, sí..., bueno, a partir de que ella está ahí, llama, convoca a otras organizaciones para que formemos parte de ese consejo asesor, entonces empezamos a participar recién ahí nosotras.

E: ¿Y cómo es la relación?, bueno, primero el Estado provincial las convoca.

N: No..., porque el consejo está creado por ley, viste, entonces participaban únicamente las que figuraban ahí, viste.

E: Los colegios, las universidades.

N: Los colegios, las universidades, algunas ONG, tendrían que buscarte la ley por ahí..., para ver qué dice.

E: Y en realidad, la ley lo que hace es convocar a organizaciones.

N: Y la modificación tampoco la tengo..., en realidad, hay que sacarla.

E: Una pregunta ¿cómo es la modificación en el espacio?

N: Eh..., en realidad, sacaron lo del arzobispado, te digo la verdad, porque no tiene nada que ver.

E: Uhhh.

N: No tiene sentido, eh, en realidad, como no tiene que estar el colegio de abogados tampoco, en realidad, tiene que ver poco con cuestiones de salud.

E: Claro, en realidad con cuestiones éticas culturales.

N: Hasta el momento..., no, eh..., en realidad, hasta el momento..., tienen que ver con cuestiones políticas más que nada, creo yo.

E: Sí...

N: Con quiénes estaban y con quiénes, digamos...

E: ¿Y cómo es el vínculo?, ¿cómo es, se van dando reuniones?... ¿Quiénes las convocan, cómo se dan las reuniones?

N: Las reuniones son mensuales, se convocan desde el mismo Ministerio de salud, viste, de la secretaría, digamos, nos mandan la invitación por mail, en general, la respuesta es por teléfono, a veces, pero generalmente, ya quedamos de antes cuándo va a ser, entonces, cercana a la fecha, se vuelve a mandar la síntesis, el acta de la reunión anterior, se manda por mail a todos, y bueno..., eh..., y para las semanas siguientes y después...

E: ¿Y los temas de qué dependen?

N: De lo que se va proponiendo..., son muy abiertos, de lo que se va tratando en las reuniones, nosotros vamos con propuestas, a veces, salen propuestas desde el mismo Estado. Hay mucho diálogo desde las organizaciones y el Estado..., empezamos a participar ahora, eh..., en períodos anteriores, una vez al año, ahora se hace una, hace unos años no había casi relación entre el Estado y las organizaciones, ahora se hace una en Santa Fe, una en Rosario, obviamente, olvidate diciembre..., enero..., febrero.

E: Sí, obviamente, la administración.

N: Y porque, obviamente, la gente se va de vacaciones, y hay un montón de cuestiones que hace que no...

E: Y...

N: Siempre se hizo la reunión.

E: Ahora como que todavía están como preparándose para marzo.

N: Vamos a empezar en marzo.

E: Digamos que ¿cuáles son las cuestiones a tratar...?

N: No, se mandan las actas de las asambleas..., digo, de las reuniones..., sí, es como un acta de asamblea, las reuniones, cada vez que se reúne el consejo se hace un acta.

E: Si tuviesen que dar ustedes una mirada evaluativa sobre el programa, sobre la política en sí, ¿qué me podés decir?

N: Mirá, ya te digo, creo que se avanzó mucho en estos años con respecto a la salud sexual y los derechos sexuales en la provincia, y tenemos un muy buen diálogo entre las organizaciones y el Estado en este momento. También sabemos que ha habido más diálogo con, digamos, el nivel nacional, inclusive se han hecho algunas reuniones para tratar temas

específicos que les preocupan a las organizaciones y donde han participado también gente de Buenos Aires; nosotras, por ejemplo, hicimos con el CoNDeRS que invitamos a la gente de Nación para hablar del 0800, y en la misma reunión que nosotros trajimos a la gente para hablar, trajimos a un experto en el uso del Misoprostol.

E: Una que se hizo en la Mater...

N: Sí, sí, una que se hizo en el CEMAR.

E: Me comentaron que estuvo muy interesante.

N: Estuvo muy interesante, es más a la persona que vino de Nación también le pareció interesante de hecho.

E: Eso fue armado en conjunto con INSGENAR.

N: Con INSGENAR.

E: Con..., con...

N: ¿Con quién decías?

E: Con..., con la Secretaría de Salud.

N: No..., no, ese lo hicimos nosotros..., invitamos, pero lo hicimos INSGENAR-INDESO, en el marco del CoNDeRS Rosario, y vinieron las compañeras que participan en la provincia, que son la Asociación Civil Palabras de Santa Fe y “le uNI”, el programa de género de la UNL.

E: Y..., digamos, cuestiones que..., que..., vos destaques, entonces, que, aproximadamente, después del 2006, 2007 hay un quiebre en la relación entre el Estado...

N: Y el hecho de que nos incorporaran a más organizaciones al consejo habla de una mayor apertura.

E: Organizaciones que...

N: Que trabajan la temática, y también esta cuestión que..., la no presencia de la iglesia, porque, en definitiva, es un Estado laico, y nada tienen que ver las cuestiones morales y de decisión, las cuestiones religiosas pasan por otro lado, no por el Estado.

E: Las organizaciones de profesionales, trabajadores, médicos, cómo..., cómo...

N: Y, depende, hay de todo..., mandar a la persona que ellos deciden..., eso está, cada colegio es autónomo, así que, viste, manda a quien le parece, y las ideas representan, no se si representan el colectivo, ellos se suponen deberían volver y hablar en los colegios de lo que se trata ahí y tomar una postura desde ahí. Nosotros, en la organización, sabemos

que, que estamos de acuerdo en que no charlamos y después llevamos nuestra propuesta, supongo que los colegios harán lo mismo.

E: Porque este era uno de los puntos de la ley, de la normativa que también tiene que ver con el derecho a la accesibilidad, digamos, de la anticoncepción..., al trato, esto, digamos...

N: La cuestión de la anticoncepción en la provincia ya no hay...

E: Problemas.

N: No..., está contemplado el pleno acceso al..., más allá que haya problema específicos de..., para conseguir pastillas o DIU o lo que sea, por una cuestión de presupuesto o de..., pero, digamos, políticamente, la decisión es que estén al acceso de todos, también sabemos que por ahí hay cosas que se escapan, como por ejemplo algunos Centros de Salud donde determinado profesional no quiere usar determinado método y entonces el paciente...

E: Eso, las objeciones de conciencia se discuten ahí...

N: Nosotros, desde el consejo asesor, sale la propuesta de generar este registro, de generar este registro de objetores de conciencia, que, bueno, por ahí está cuestionado..., por ahí hay algunas organizaciones que piensan que no debería existir, que el profesional tiene la obligación de esta determinada práctica.

E: Y ustedes esto ¿cómo lo recepcionan?, yo sé cómo vos venías de charlarlo con ellos.

N: Sí, sí, se trabajó en la medida en que ellos lo prepararon, la idea, y el escrito y el formato que tienen que tener, lo armaron desde el Ministerio y se aprobó, Capiello lo aprobó, hay una resolución que dice que se tiene que dar el registro, ahora parece que tiene prórroga, hay gente que piensa que no, que con una prórroga no es tan fácil, que con un registro... Nosotros lo que pensamos es que con un registro, digamos, lo que tratamos de hacer es garantizar el acceso de las mujeres a un derecho, si un médico se niega a atender, la dirección del hospital tiene que hacer lo posible para que esa persona, si hay uno que no la quiere atender, la atienda otra, porque hasta ahora lo que pasaba es, nadie dice nada, pero todos sabían, que no cayera en tal o cual hospital, porque, ojo, si caés en tal cual hospital..., por ejemplo, en el HECA, que se sabe de mujeres que han llegado con un aborto en curso y ¿qué hizo el director de la parte de ginecología?, retenerme el embarazo, hacer lo posible

para que no lo pierda, sí, era posible eso entonces hacerlo. Entonces, digamos, castigar de alguna manera a las mujeres, hacer determinadas cuestiones que son, viste, o denunciarlas en una época...

E: Atenta contra de los derechos,

N: De las mujeres así, y basta,

E: Básicos,

N: Sí, bueno, estas cuestiones vos decís, sí, ya sabemos que es objetor, en ese lugar vos tenés que hacer lo posible e imposible para que esa mujer tenga acceso a esos derechos.

E: Esto está funcionando, vos sabés, bueno, porque hay algunas instituciones que ya saben que esto está funcionando, que, bueno, que cuentan con algunos objetores de conciencia y entonces lo que tratan es que también haya profesionales, contar con, digamos, dentro de su plantel, con profesionales que sean accesibles a todas las prácticas, eh..., digamos, para bien de, de la militancia y de lo que se viene laburando, esto ¿lo podemos destacar como..., como una traba, críticas, o trabas que ustedes hayan visto en el proceso de implementación de la ley?

N: No, lo que pasa que son en la práctica las trabas, digamos, por ejemplo, la anticoncepción de emergencia está totalmente aprobada, no hay ningún problema, es obligación de los efectores de salud brindarte la anticoncepción de emergencia, nosotros, hace unos años, hicimos un relevamiento con una chica, fuimos a distintos Centros de Salud, hospitales y demás a pedir pastillas del día después, y le decían “andá a la farmacia” o “acá no”, y la miraban como si estuviera pidiendo no sé qué cosa. Sin embargo, en la misma época en el que estábamos haciendo el relevamiento, vos ibas a otros y te la daban como te la debían dar: “tomá, te la tomás ya”, te la daban, “y después hacete esto, es de emergencia, no te olvides, obviamente, de hacerte...”.

E: ¿Saben si hay, han detectado en Rosario, en el Municipio, si hay Centros de Salud donde precisamente...?

N: Algunos más amigables y otros no, en ese momento, ya te digo, ese fue el estudio, hace dos años atrás, por ejemplo, en el Carrasco, no le dieron la anticoncepción de emergencia, ahora no, las cosas van cambiando, ¿viste?, por eso te digo, en el Roque Saenz Peña sí te la daban, pero aparte bien ¿viste? “Tomá, acá la tenés, tomatela, no, y así, así, así”, y Centros de Salud no me acuerdo...

E: ¿Y eso a qué puede responder?, ¿tiene que ver con las cuestiones de los hospitales?

N: Con las cuestiones de los hospitales y con los profesionales, claro, exactamente, por ejemplo, en el Provincial también tenías algunos profesionales que estaban de acuerdo y otros que no, dependía qué guardia cayera, algunos sí, otros no, o sea, no hay una política clara para algunas prácticas, igual con lo que pasó con la ligadura tubaria.

E: Pasó esto...

N: Y, un par de años..., sí, no volvimos a hacer, deberíamos hacer un chequeo a ver dónde están dando y dónde no, porque una cuestión es que te digan “en este momento no tengo, porque no hay en el hospital, está faltante y no te la doy por eso”, cuando sabemos [que] sí hay... En general, la anticoncepción de emergencia no se daba y se terminaron venciendo y no se usaban, ¿sabés que con eso podés evitar un embarazo no deseado así?

E: ¿Y alguna vez tuvieron oportunidad de hablar con un profesional que negara algún tipo de anticoncepción?

N: Sí...

E: ¿Cuáles son las respuestas?

N: Y, son variadas, algunas por cuestiones de creencias, este...

E: Sí, valorativas, culturales.

N: Sí, o algunos que te dicen “y no, porque es peligroso, porque provoca aborto”, que no es cierto, pero, bueno, porque provoca aborto, el DIU, bueno, cuando se sabe que no es ese el mecanismo, que sé yo, tiene que ver sobre todo con eso, con cuestiones de valoración del propio profesional, nada más, un método que le guste más o menos, ¿viste? En general, el profesional está acostumbrado por la formación que tiene en la universidad a decidir por el paciente.

E: Uhuh.

N: Te dice “todas estas son tus posibilidades, yo te puedo decir que...”, “te receto las pastillas porque te conviene”, “a vos te pongo el DIU porque...”, el médico tiende a eso, no hay un diálogo con la paciente, sobre todo, en los sectores populares.

E: Sí, es que también él tiene el saber y uno deposita la confianza en el profesional, y cuanto más joven peor aún.

N: Sí, sí.

E: Eh..., vamos a ver algunas cosas de INDESO, ustedes de alguna u otra forma se autodenominan una organización feminista, ¿qué implica eso?, porque es fuerte y está bueno pero... no todas las organizaciones que...

N: No, ¿por qué fuerte? Lo que pasa que...

E: No, digo, eh..., no autodenominarse una organización que lucha por la equidad de género, sino una organización que se autodenomina feminista, trasciende otras cuestiones, ¿no?

N: Y sí, tiene que ver con los derechos fundamentales, pero de las mujeres, poner a la mujer en un lugar, digamos, que no es el que históricamente se le ha asignado, más allá de la equidad de género, que es parte también, o sea, lo de género también es un término cuestionado, porque vino a tapar un poco esto, lo que era la lucha de las mujeres por los derechos de las mujeres, bueno, también estamos, género, también son muchos los géneros, entonces estamos hablando de que todos tenemos equidad, igualdad.

E: Y en esa lucha de las mujeres ¿qué lugar ocupa las luchas de todos, las luchas de los hombres y las mujeres, las luchas de las desigualdades, digamos, para ustedes?

N: No, lo que pasa que nosotras pensamos que desigualdades en el mundo hay en todos los aspectos, de varones y mujeres, de distintos géneros, hablamos de los nuevos géneros ahora ¿no? Transexuales, transgéneros y demás, ¿no? Las desigualdades sociales son muchas, obviamente que estamos por una sociedad más justa e igualitaria en general, entonces creemos que frente a todas estas desigualdades la de la mujer es muy fuerte, frente a siglos milenarios que ha sojuzgado a la mujer, una mujer pobre además tiene su marido arriba, al cual le tienen que rendir cuentas, por eso yo creo, por ejemplo, las transexuales y demás, también tiene su reclamo, que son muy fuertes, pero, bueno, nosotros nos ocupamos de las mujeres, o sea, los otros tienen la posibilidad también de hacer sus propias organizaciones e ir trabajando, o sea, no es que...

E: Entonces ¿cómo entran los derechos de las mujeres en los derechos humanos?

N: Y, lo que pasa que las mujeres, nosotras, también somos poseedoras de derechos humanos, y no los derechos de las humanas que han sido pisoteados históricamente y durante mucho tiempo; el propio cuerpo es fundamental, pero además mujeres que no tienen ni el derecho a la palabra.

E: ¿Por qué tanto hincapié a sentir placer...?

N: Bueno, porque son todos los derechos que las mujeres tuvimos negados durante mucho tiempo, por eso queremos poder hablarlo y queremos poder ir por nosotras, o sea, qué nos gusta, qué no nos gusta, qué queremos, qué no; no ser tuteladas siempre, o sea...

E: ¿Cuál es el derecho indispensable, la condición sine qua non para que una mujer pueda gozar del resto de los derechos?, ¿cuál es [el que] ustedes ven [como] el derecho fundamental para que la mujer pueda emanciparse?

N: Sentir que ella puede, yo creo que lo más importante es que la mujer se dé cuenta de que cada una de nosotras, de lo que somos...

E: Seguridad.

N: Sí, de que somos, de lo que merecemos y de que no hay que pedirles permiso a los otros para eso. Por eso nosotras trabajamos mucho tiempo con esta cuestión de desmitificar el derecho, o sea, las leyes argentinas, y decir “a vos te corresponde esto, enténdelo”, porque a partir de que uno sabe cuáles son sus derechos, los puede reclamar, entonces los derechos humanos también, si vos no sabés cuáles son tus propios derechos...

Por esta cuestión, cuando hablamos lo del cuerpo, por decir, bueno, nosotras, se nos ve como una incubadora de última, bueno, tenemos niñitos, y una vez que tenemos un hijo, te tenés que dedicar solamente a eso, y lo más importante, por encima de tu propia decisión, o sea, uno tiene responsabilidades con los hijos, pero no somos las únicas, los varones también, entonces nuestra responsabilidad está en la misma medida que el varón, un hijo se hace de a dos.

E: Pero eso...

N: Porque vos decías...

E: Pero es muy difícil que se internalice, que internalicemos...

N: Bueno, por eso yo te digo, cuando una mujer se da cuenta que ese es su derecho y que tiene que hacer al otro responsable también, ahí es donde empieza a reclamar por esos derechos y a exigir que se le cumplan. Si vos no te das cuenta y decís “no, yo ahora me tengo que joder porque de última ya está”, no, yo creo que hay que luchar desde la propia convicción, lo más difícil es cambiar las ideas de las propias mujeres, siempre fue lo más difícil, más difícil que la lucha interna dentro del mismo movimiento, eh..., ha sido...

E: ¿Desde cuándo estás en..., militás, y desde cuándo estas en INDESO?

N: Y, yo creo que hace veinticinco años más o menos, sí, veinticinco años que estoy

en INDESO, yo creo que fue paralelo porque, digamos, empecé a darme cuenta y empecé a participar en INDESO, empecé haciendo los dibujitos de unas hojitas, que después terminaron siendo unas publicaciones un poquito más armaditas sobre los derechos de las mujeres, la convicción ya la tenía, cuando me acerqué después, bueno, seguí cada vez...

E: ¿Y qué...?

N: No hubo un disparador así... específico, yo...

E: Hay algo que te identifica con la organización.

N: No, pero, por ejemplo, yo te decía, volviendo a antes, por ejemplo, yo creo que hay cosas que la pensaba de antes..., me pareció ridículo que una, tenía veinte, a todo esto, que una mujer se llamara “de tanto”...

E: Ja, ja.

N: No, yo, en algún momento me casé y dije “ni en pedo uso el apellido de casada, no, yo soy yo con mi nombre”, eso también es una falta de identidad, viste, las mujeres, viste que de golpe hay, bueno, ya tengo el apellido de otro y es “la señora de”, como si fuera más importante, no, porque si yo soy..., por eso te digo, hay cosas que por ahí uno viene de a poquito pensando y cuando te encontrás con otras que piensan lo mismo, las discusiones..., había discusiones de grupo, viste, y en talleres y demás, a mí me pasó de empezar a...

E: Ir trabajando.

N: Sí, yo me acuerdo, yo fui al primer encuentro nacional de mujeres, viste, también, que cuando se hizo INDESO ya tenía un año, yo creo.

E: Y esa fue una experiencia que te motivó.

N: Claro.

E: Y te ayudó a continuar y decir, bueno, hay mucho por hacer.

N: Y sí.

E: Emm, ¿sentís que ha habido muchos cambios en estos años, digo, al compás de los cambios de gestión?

N: Sí.

E: ¿Con respecto a la organización y las políticas denominadas o mal denominadas “de género”?

N: Sí, de género..., ja, ja, cambiaron mucho, viste promoción de los derechos de las

mujeres..., de género..., fueron cambiando las modas. Mirá, yo creo que sí, que se ha ido avanzando, obviamente, el hecho de que en Rosario, por ejemplo, haya refugio para mujeres en situación de violencia, que a nivel nacional tengamos una ley integral que..., de violencia, que, eh..., el programa de salud sexual y procreación responsable a nivel nacional que se está tratando de implementar en distintos lugares, que en la provincia tengamos también esta posibilidad del Consejo, donde hay una participación, todo eso te muestra que ah habido un cambio, lo que pasa que son tantas cosas que no se termina nunca, viste. Además, hay cosas que, por ejemplo, nosotras empezamos el tema que más se ponía hablar y del que más se, donde la gente..., o sea, donde había más recepción, era el tema de violencia, ¿viste? El tema del aborto, por ejemplo, salió hace unos años, antes no se podía ni hablar, me acuerdo, lo de violencia fue lo que tuvo mayor recepción en la sociedad en general. Sin embargo, vos mirá la estadística y es terrible la cantidad de casos de feminicidios.

E: Te voy a hacer una pregunta, ¿se ha comenzado a hablar más y entonces los números, o a a pesar de las políticas públicas los números no bajan, o en realidad se incrementó también el número de denuncias, o en realidad el número no desciende básicamente porque nuestra sociedad está inmersa en un grado de violencia que...?

N: Yo creo que no desciende por eso, porque si vos te ponés a..., más allá que salga en los medios o no, esta cuestión de que las mujeres quemadas por sus parejas...

E: Te digo, quince quemadas en un mes.

N: Terrible, no, es que antes no salían esas noticias, yo creo que hay más violencia, es general, en toda la sociedad, yo, la otra vez, justo hablaba y le decía a una de las compañeras, pero, realmente, cuando uno habla, pero, realmente, lo de la seguridad, yo digo, no es problema, porque hay más..., no es que todo es más violento, el otro día, el otro día un tipo se subió, se colgó del colectivo, estaba en el estribo, vos sabés que tenés un colectivo que es un arma en la calle, semejante vehículo con un peatón que, esté en la situación que esté, vos no podés pretender decir “salgo con el colectivo y lo piso”.

E: Sí, y la persona está muy mal.

N: No, no, murió, le cortaron primero una pierna, y bueno, seguía muy mal, había perdido mucha sangre, y murió el señor, o sea, más allá de la situación, de la pelea, las peleas en la calle llegan a un nivel que vos decís, no puede ser, y todo el que nos

encontramos en algún momento en situaciones violentas y, viste, o gritamos o nos ponemos mal, yo creo que hay más violencia en general, en todo lados, y estas cuestiones de ese ensañamiento con las mujeres, ahora hubo un caso, creo, que la semana pasada con una mujer que cuando... E: ¿Por qué pensás que, que la mujer continúa siendo la receptora..., eh, habitual de o...?

N: Porque no se cambió la mentalidad, sí, vivimos en un patriarcado donde el valor del hombre es mayor que el valor de la mujer, por más que vos digas, bueno, sí, ahora, vos fijate, para que haya mujeres en determinados lugares, en el Estado, en las listas de los partidos, la mentalidad..., o sea, por ley se van cambiando algunas cosas, pero es eso, se tienen que implementar las leyes para que las cosas vayan cambiando.

E: ¿Qué pasa en las organizaciones?

N: Fijate, igual siempre, como siempre en general.

E: Ustedes son...

N: Nosotras somos todas mujeres, menos el contador.

E: Poder, equidad..., cómo son las cosas...

N: Y, siempre, nada es ideal, siempre hay cuestiones de disputas de poder en determinadas áreas, sectores y demás, y está esa cosa de quien maneja el poder, y esa forma de ejercer poder patriarcal se refleja también en las relaciones de las mujeres. Nosotros no lo tenemos todo solucionado, obviamente que no, pasa que uno está tratando de cambiar, inclusive la casa de cada una. Yo te digo, mi casa también, todo un trabajo y un pesar cómo te relacionas con tus hijos, con tu pareja, cómo haces las cosas, y así salen, como salen. Todas venimos de familias comunes, criadas en la misma sociedad, en las mismas escuelas, en las mismas instituciones, entonces es un reflejo simple de eso con lo cual uno tiene que ir trabajando y reworking, y no la terminás de tener claro nunca, viste, a veces.

E: Y a veces uno cuelga la toalla.

N. Y sí, a veces te cansás, te cansás porque es una lucha permanente, y sí, porque es una lucha paralela.

E: ¿Alguna vez te pasó de sufrir una situación de violencia institucional?

N: Nunca llegué a una situación de denuncias y demás, ya te digo, nunca llegué en un trabajo o algo por el estilo.

E: ¿Violencia económica, por ejemplo?

N: Y lo que pasa que eso..., por ejemplo, acá, en ese sentido, lo que tiene que ver con lo económico nosotros tratamos de que sea parejo para todas, o sea, siempre ha habido una cuestión de que, estés en el lugar que estés, lo que uno percibe por el trabajo es lo mismo, no importa el tipo de trabajo que hagas, tratamos de llegar a ese tipo de acuerdo, ¿me entendés? Como para que no haya alguien que, obviamente que siempre se arma algún despelote, porque uno tiene, digamos, los ingresos de la institución, son por programas que se llevan adelante, los distintos...

E: Los ingresos son, digamos, hay financiamiento internacional.

N. Financiamiento internacional, sí, sí, no, lo único que tenemos nosotros local acá es un subsidio del área, con lo cual pagamos teléfono, luz, viste, ese tipo de cosas, como para sostener la casa. Después lo otro lo logramos con financiamiento externo que, aunque no sea lo que formalmente figura, nosotros dividimos de la misma manera, más allá de que figura que una hace una cosa, otra otra, pero nosotros tenemos otra relación.

E: Pero yo le preguntaba la relación con el Estado, me refería un poco a esto, la ayuda estatal, por eso, en este sentido lo económico, sabemos que las organizaciones tienen muchos problemas, muchas dificultades para sostenerse.

N: Sí y no, en general, son de afuera. El dinero de acá no, para sostener la institución lo unico que contamos cien pases desde, yo creo que empezamos a tener algunos en el 2007, 2006 puede ser, no, 2007, estos subsidios para la institución, y en otro momento, fueron intercambio de prestación de servicios. En una época había una psicóloga acá, que le pagaba por las consultas la Municipalidad, que derivaba del teléfono verde y ella atendía.

E: Digamos, era uno de los espacios del teléfono.

N: No, no, era aparte ella, por ahí había gente que iba al teléfono, no estaba directamente ligado al teléfono, sino que estaban las mujeres acá, ellas decidían a quienes, porque derivaban en algunos lugares, ya acá derivaban...

E: Eso ya no...

N: No, no, o sea, venían con un papelito y después la Municipalidad le daba a la psicóloga. No estamos haciendo atención psicológica en la institución, y lo único que hay es atención jurídica de orientación, después, si los casos, si quieren con la abogada afuera, digamos, y porque no, no...

E: ¿Y eso cómo lo sostienen?

N: La abogada.

E: ¿La abogada es parte de la organización?

N: Claro, y lo único que hace es la atención en algunos momentos, como para orientar a la persona, pero no se hace cargo la institución, porque lo que..., necesitás más fondo para eso, porque hay que pagar en tribunales para iniciar juicios y demás...

E: Sí, sí, cualquier trámite...

N: Entonces hay una asistencia mínima de orientación y nada más, esas cosas, por eso te digo, eso está pagado con el financiamiento, nosotras qué hacemos, bueno, nos dividimos y las orientaciones de la institución son estas, y nosotros vemos cómo nos arreglamos, esa fue la manera que tuvimos siempre. No sé si la mejor o la peor, las otras organizaciones, depende el proyecto que llega, y si lo hace tal, la otra no, viste, porque, obviamente, una parte es la militancia y otra porque tenés que vivir de algo más allá de...

E: Y además te lleva muchas más horas de lo que uno...

N: Te lleva muchas más horas de lo que uno se pueda imaginar, viste, te llaman a tu casa, fines de semana, a veces tenés encuentros en tal momento, o sea...

E: ¿Qué, qué es lo que, digamos, qué es lo que están proyectando para este año, tienen algún laburo que estén programando?

N: Nosotras estamos...

E: El 8 de marzo.

N: Sí, pero el 8 de marzo nosotras participamos de las actividades que se organizan desde MAR, mujeres autoconvocadas Rosario, ¿viste? que van a salir en la Merenguita, que dice "mujeres en su salsa por sus derechos", y bueno, va a pasar por todos los distritos distribuyendo material y demás que ya lo habíamos pensado en MAR hace unos años atrás, pero fue justo el año en que murieron dos mujeres antes del 8 de marzo por aborto inseguro, acá en el Hospital Provincial y suspendimos todo, y bueno, suspendimos, este año parece que todo viene más tranquilo, y lo hacemos porque si no, como para no ser, como ya el 25 de noviembre es bastante bajón, por la no violencia, el 28 de septiembre por lo del aborto, el 28 de mayo la salud, vos decís, bueno, el 8 de marzo pedimos por todos los derechos, pero vamos a hacerlo un poquito más alegre, como para..., y entonces vamos a hacer eso, y nosotras ahora estamos trabajando la cuestión de prevención de trata. El año pasado

empezamos haciendo algunas consultas con Mariana Alonso, viste, que sacó tres ordenanzas para ver si podemos...

E: Se trabaja muy poco en Rosario o en esta zona el tema de la trata.

N: Y, porque siempre se lo vio..., nosotras también, te digo, lo vimos como que pasara en otro lado y acá no, y te das cuenta que no, que la ciudad tiene un nivel de traslado de mujeres que uno no tiene ni idea.

E: ¿Es una ciudad tránsito?

N: Yo creo que es todo, yo creo que hay mujeres que de acá se llevan a otro lado y que se quedan acá porque, viste, que no es solamente de país en país, sino de provincia en provincia, yo creo que acá, o sea...

E: Esto lo toman a raíz de denuncias que han tenido.

N: No, no, porque empezamos a ver que ya el tema era, bueno, una cuestión que nos estaba llegando también acá, y sobre todo, surgió a partir de una denuncia que se hizo, de la cual el INSGENAR también participa, y estamos nosotras, eh..., al palacio Berlusconi, cuando hacen la propaganda del diario de lo que hacen. Yo no sé si vos leíste esa nota, la verdad, lo que hacen, más allá de todo, la prostitución está, o sea, no la prostitución está prohibida sino los prostíbulos están prohibidos. Viste que los prostíbulos están prohibidos por ley, o sea, la explotación de la prostitución ajena está prohibida, y este sale hablando de los lugares que tiene y qué sé yo, este señor.

E: Haciendo apología.

N: Sí, aparte una nota diciendo que era bárbaro el lugar, viste, y entonces, bueno, nosotras apoyamos una denuncia que la hacen en aquel momento, ah, las tres diputadas Mónica Peralta, Alicia Gutiérrez, creo que Alicia Gutiérrez fue la que empezó con la iniciativa, y Lucrecia Aranda, y nos sumamos organizaciones para hacer, hicimos la denuncia en Tribunales, bueno, eso se siguió, se hizo después un allanamiento, qué sé yo...,
buéh.

E: Sería como que...

N: A partir de eso, viste, también como que nos fuimos metiendo más en el tema, porque está muy relacionado eso con la trata, sabemos que los lugares, los prostíbulos, están relacionados con la trata.

E: Sí, sí, seguramente, la verdad que no he leído mucho, pero sé que no está

demasiado trabajado, entonces el otro día a un efector se acercó alguien que está abordando la problemática y eso fue...

N: Sí, así, en parte, ya te digo, nos fuimos metiendo con esto porque la verdad es terrible, terrible la situación en la que viven las mujeres en los lugares estos de trata, es insostenible.

E: Porque las traen prometiéndole un laburo, casa y comida, o ni siquiera eso.

N: Sí, eso, y a veces las matan, y las menores, generalmente, son raptadas, pero también hay mujeres más grandes. Hace un tiempito atrás una chica con una nena y todo, un vecino le había dicho, de Buenos Aires, que, este, podía ir a trabajar a Entre Ríos, no sé qué lugar era, viste...

E: Entre Ríos es como una zona.

N: Sí, y bueno, la chica esta deja a la nenita con la familia, con la mamá creo, y se va a trabajar al lugar que dice este tipo. Cuando llega allá, la empiezan a hacer trabajar en un prostíbulo, y en un momento, no me acuerdo qué hubo, en una actividad en la calle, que pudo salir, se escapó, y fue de nuevo a Buenos Aires. Pero, viste, una mina grande, pero vos decís, si lo que querés es buscar un trabajo a un lugar determinado...

E: Sí, aparte privada de...

N: Todo, todo.

E: Así, como para ir terminando, ustedes tiene una fuerte relación con la organización Juana Azurduy.

N: No.

E: Ya no.

N: No, no, nunca tuvimos, hay una confusión, nosotras, en el año 87, ayudamos a fundar un Centro de mujeres en Empalme Graneros que se llama Centro de Mujeres "Juana Azurduy".

E: Como "las juanas".

N: Sí, pero nada que ver.

E: Sí, eso ya lo sé.

N: No, porque después surge, hace unos años, el movimiento Juana Azurduy.

E: Está relacionado con una organización política partidaria.

N: Claro, sí, no sé, fue un programa del gobierno. Ahora sí está relacionado,

directamente trabajan con Cecilia Merchan en..., a nivel nacional.

E: Sí, creo que trabajan en el Ministerio de Desarrollo.

N: Es que es un programa del Ministerio de Desarrollo que se llama “Juana Azurduy”, pero después el programa dejó de funcionar y se quedó la organización esta como movimiento, el colectivo de mujeres Juana Azurduy, que ya no es el programa de Nación, y las que los llevaban adelante siguen trabajando con eso, pero nada que ver nosotras, las llamamos el Centro de mujeres Juana Azurduy, en el Empalme Graneros, que era villa, después.

E: Y también funcionaba un Centro de Salud.

N: No, funcionaba un Centro de Salud, nosotras hicimos un convenio en el año en el que comienza el Centro de Salud, nosotras hicimos un Centro de alfabetización de adultos en general.

E: Hombres y mujeres.

N: En una época fue sólo de mujeres y después se hizo mixto, no es que decía que era de mujeres, lo que pasa es que cuando se hacía la convocatoria para la inscripción, se invitaba más que nada a las mujeres, pero después eso fue cambiando bastante. Pero bueno, se hizo un convenio con la provincia, sí, con la municipalidad se hizo el Centro de Salud. En un momento hubo un problema con el personal de salud que trabaja ahí, porque sufrió, había muchos robos y demás en los noventa, y pidieron el traslado del Centro a un lugar que fuera la avenida, porque ellos están Juan B. Justo 3041.

E: Y...

N: Y se fueron a Génova, alquilaron un lugar, un local, y ahí se fué el Centro de Salud, y ahora hay uno nuevo, porque se pusieron a construir uno provincia y municipalidad.

E: Está por avenida Génova.

N: Claro, y ese es el Centro de Salud que se quedó con el nombre y qué sé yo..., y se quedaron con el nombre, el Centro de Salud Juana Azurduy.

E: ¿Ustedes siguen vinculadas?

N: Sí, lo que pasa que, en realidad, la gente, las mujeres que estaba en ese Centro de Salud, en el Centro de Salud, digo, en el Centro de mujeres, fue cambiando, quedan muy pocas, ahora está bastante sin funcionamiento, digamos. A fin del año pasado se fue

quedando muy atrás, y las mujeres dejaron de participar, algunas por cuestiones de trabajo.

E: Un barrio de mucha militancia de base.

N: Sí.

E: ¿Eso crece después del 2001?

N: No, no, fue antes, después, después del 2001 no creció la..., tuvo períodos distintos, viste, de más participación o menos, en algún momento, también, eh..., digamos, creció, creció mucho la participación, cuando estuvo el Centro de Salud..., porque muchos se acercaban por otras cuestiones y después terminaban participando, ahí se dio copa de leche en un momento, y demás.

E: Para certificados, para atención primaria.

N: Claro, eso.

E: ¿Y los profesionales quiénes eran?, ¿cómo convocaron, cómo armaron eso?, porque no es fácil armar un Centro de Salud.

N: No, no, la Municipalidad, hicimos un convenio, mandó el Centro de Salud con profesionales, como están en todos lados, pero eran profesionales bastante comprometidos, hacíamos reuniones una vez al mes, todo el equipo, para planificar actividades y demás, y se daba, además, parte de la copa de leche, ellos distribuían la leche en polvo, viste, a los chicos, a las embarazadas, estaban los carnets de vacunación, hacían lo que hacían un Centro de Salud en general; lo que pasa es que, eh, este, bueno, a veces, había más actividad, cuando, por ejemplo, estaban los planes trabajar y tenían que hacer una contraprestación, muchas, y decidían ir a la escuela, y nosotras ahí tratábamos de incorporarlas a los grupos de mujeres, o directamente trabajaban en el Centro de mujeres, haciendo alguna cuestión más, después la falta de ingreso y el empeoramiento de la situación económica hacen que las mujeres participen menos, si vos no tenés algo concreto que le represente el ingreso, es difícil hacerlas participar, la que puede ir a otro lado, la gente aprecia los talleres, y todo lo que vos le podés dar, pero...

E: Sí, se podían ir a hacer unas changas, eso va mermando y se fue perdiendo.

N: Y se fue perdiendo.

E: Y ustedes se fueron retirando un poco del territorio.

N: No, hasta el año pasado estuvimos, pero igual este año estamos viendo qué vamos a hacer, porque el año pasado fue bastante dificultoso que participaran, no es que

nosotros no fuéramos, porque inclusive en la escuela dejaron de ir muchas mujeres y chicos y chicas grandes, quince, dieciséis años, van a la escuela de alfabetización de adultos, y muchos ya dejaron de ir, van mujeres grandes, van algunos chicos y chicas.

E: ¿Y cuánta gente ha llegado a frecuentar, digamos, el espacio y la escuela?

N: Y a la escuela iban veinticinco más o menos.

E: Un número importante.

N: Sí, lo que pasa, que te digo que no siempre estaban todos, porque muchas veces que uno estaba enfermo..., no, y en la época en la que estaba el Centro de Salud no te puedo decir porque, viste que eso es, no te puedo decir cuántas, no, pero...

E: Estuvo bueno.

N: Sí, estuvo bueno, lo que pasa que todo tiene un ciclo, y a veces nosotras tratamos durante mucho tiempo que ellas solas armaran un grupo sacaran la personería jurídica y la tramitaran ellas, viste, cuestiones que, pero no, no pudo ser, no se armó un grupo, porque, viste, a la fuerza no se le pudo hacer, si ellas no encuentran entre ellas mismas quienes sean afines y armen un grupo e identificarse entre ellas, no, no, porque algunas pudieron, pero no eran suficientes, viste que...

E: Aparte hay obstáculos organizacionales, obstáculos ideológicos, aquella está con tal...

N: Sí, porque además nosotras, cualquiera de nosotras, vive en otro lado y esta acá, y ellas viven, trabajan a veces en la misma casa en la que hace algo para afuera, y tiene que hacer lo que sería la militancia también en el mismo lugar, es como mucho..., a veces, uno no lo piensa, pero es demasiado, todo en el mismo lugar.

E: Sí, sí.

N: Viste, si vos tenés que hacer todo en el barrio donde vivís, a veces se te hace como mucho.

E: Sí, uno se agota, o quizás se enamora tanto de un espacio que después...

N: Tenés que encontrar en la gente del lugar, te tenés que encontrar con muchas que piensen eso...

E: Muchas veces, hay muchas cuestiones, muchas asperezas. Bueno, no te robo más tiempo.

N: Bueno.

Entrevista 14

Entrevista realizada a la coordinadora del Centro de Salud 20 de Junio. Fecha:
12/03/2011.

Entrevistadora: E. Coordinadora del Centro: C.

E: Y..., bueno, un poco presentémonos.

C: Pero vos contame, ¿quién sos?

(Interrupción.)

E: Yo soy licenciada en ciencia política, y un poco mi tema de investigación trata las políticas públicas con perspectiva de género. Bueno, el programa de alguna manera intenta pensar la salud sexual con esta idea de equidad, mi inquietud viene por ahí, ¿cómo empezás vos a trabajar u ocuparte más de esto en este Centro?

C: Mirá, cuando empiezo yo en el Centro de Salud, acá, creo que era 2005, 2004, cuando empiezo, yo noto que éramos pocas personas.

E: Este Centro de Salud tiene unos cuantos años.

C: Sí, sí, sí, ahora no recuerdo bien, pero hace, lo que yo veía era que se acercaban a... Uno tenía un montón de situaciones, pacientes con turno, paciente sin turno, a eso se sumaba que siempre se acercaba alguna adolescente que pedía algún método anticonceptivo... Entonces, lo más rápido posible... Porque a veces la oportunidad no es darle un turno es..., la oportunidad es cuando está presente, entonces vos le decías “esperá un momentito”, y entre que estás viendo el asmático, el HIV, y se te iba. El adolescente tiene una tolerancia a la espera muy corta, entonces a mí se me ocurrió de inventar de pronta atención, digamos, un día en la semana, por ejemplo, un miércoles, y promocionarlo... y entonces...

E: Se empezaron...

C: ... a acercar, o sea, tal día vos querés tres anticonceptivos, gratuita tal día, y hay varios puntos ahí... Uno era poder captar a la adolescente, porque lo más interesante, muchas veces, se genera en el espacio, el espacio donde van dos o tres. No, ocupate de otra cosa porque no van, yo soy, eso me parece, que si vos tenés un espacio todos los miércoles de adolescentes.... Tienen que haber tres o cuatro adolescentes todos los miércoles, si no, lo

veo como una especie de fracáso.

E: Vos medio como que te ocupabas vos o quizás otro profesional.

C: Lo tomé muy yo, esa es la verdad, lo tome muy yo, mucho tiempo. Después fue muy difícil lograr que alguien más del equipo lograra incorporarse por distintas razones.

Después, muchas veces, muchas personas embarraban, porque no podemos ser muchas personas haciendo esto, porque es una escucha muy linda. La idea era las adolescentes que desee anticoncepción pueden acercarse todos los miércoles a tal hora a buscarla, y se armaban grupitos, porque alguno puede pensar que esto puede vulnerar el derecho a la privacidad. Y como las adolescentes son más gregarias venían en grupito, y yo noté que se atrevían a preguntar más cosas en patotita, largaban más cosas que si era en forma privada, en forma privada las veía más tímida sobre la sexualidad, cuando veía un grupo largaba cualquier pregunta, cualquier barbaridad... Fue importante el tema de la convocatoria, porque era cada uno en el consultorio, en los pasillos era “alguna que esta aquí necesita anticoncepción”, mucha cosa así, de llamar, y... Otra cosa que se hizo intensivo era en las escuelas, ir a las instituciones e ir al barrio a poner, también en algún lugar estratégico, algún volantito llamativo para convocaría a las chicas que venía a hacer que inviten. Si uno va a las escuelas, había que hacer que inviten a este espacio para que la gente se apropie de este espacio, la gente lo tomó, realmente, venía siempre gente y... yo, en realidad, me corrí de ese espacio hace un año, quedó, además, una de las enfermeras, con Alejandra Sobol, y no estoy más yo. Yo creo que ahora estaban viniendo menos....

E: Sí, y esto de ir armando talleres... ¿fue idea tuya? Igual te siguen referenciando a vos.

C: Yo ahora no.

E: Vos te corriste por tiempo, ¿por qué?

C: En realidad, yo..., quedamos que..., yo no sé, lo hablamos como para que intentar correrme yo, a ver si alguien del equipo. Hay un punto que es la convocatoria..., la convocatoria es continua, y si vos no, acá no viene gente y... digamos.

E: Y..., ayuda a insumos.

C: Ayuda insumos..., eh, en realidad, lo que yo tengo acá es todo Muni. Y lo que tengo de la Muni es la libertad de decir, tengo la libertad de meterme en un espacio.

E: Pero cuando vos tuviste que comunicarlo o decir, bueno, mirá, yo quiero hacer

algo...

C: Claro, yo hablo..., acá todo se plantea mucho en la reunión de equipo. A mí me interesa hacer esto, entonces, bueno, mirá, yo tengo un montón sobre ese espacio, si querés te lo copio o te lo paso por mail. Eh, lo charlamos en la reunión de equipo, acordamos como una cosa interesante para trabajar y lo charlo, lo charlamos en equipo y cuando.... hay una cosa interesante para trabajar, en algunos momentos, el equipo, con esto de apropiarse en estos espacios, y en esa, plantearse algunas cosas más, que podríamos indagar, que podríamos utilizar este espacio para... alguna otra cosa. El médico de cabecera, quienes no tienen Papanicolaou hecho, o quienes no tienen tiempo para otras cosas.

E: O sea que sería el espacio abierto para otras cosas, no solamente para adolescentes, sino que también un espacio de escucha.

C: Yo, la parte administrativa de hacer todo esto, sugerencias del equipo, no lo hice, porque además hay mucha tensión con la capacidad de tensión. El adolescente viene porque él escucha de qué es lo que el otro quiere, y el otro siempre tiene algo para decir, o inclusive entre ellos, a veces, se genera un intercambio y uno hace una devolución. Había una elección, los métodos son este, este y este, cuál querés elegir, pero el que elige es el paciente. Uno solamente informa ventajas y desventajas de cada método, pero vos tenés que saber cómo viene, si está medicado, si está con un embarazo en curso, muchas de las chicas, a veces, entonces, todas esas cosas las tenés que detectar. Eh, se hace un poco complicado cuando son varios a la vez.

E: Había un profesional que llevaba por escrito eso, o sea, que hacía informes de eso.

C: Sí, de eso me encargaba yo.

E: Vos te encargabas también de eso.

C: Sí, pero después se suma Alejandra Sobol, del programa de HIV, hace un aporte bárbaro, porque ella... Yo, inicialmente empiezo, tenía muchos pacientes, no me quedaba tiempo con tantos pacientes, y esto me permitía atender a cinco pacientes juntas y a todas a la vez le daba el método anticonceptivo. Estaba muy bueno, porque generaba otros temas, pero después veía que algunas caían igual embarazadas, y ya habían estado en el espacio. Entonces entra Alejandra Sobol y ahora y pregunta, a mí me costaba esa parte, Alejandra Sobol es más...

E: Y eso, para vos ¿a qué respondía? No quisieron, hay otras cuestiones sociales que...

C: Hay un montón, miles de razones, hay una cuestión, la del proyecto de vida. Yo voy a ser mamá, quiero pero no, o sea, no sé lo que quiero, esto es lo que tiene el adolescente: “no, yo no quiero un bebé”, pero qué pasa, “qué lindo que son los bebés”, ¿y qué te gustaría hacer? Otra cosa que es lo que..., y entonces aparecen los embarazos. En realidad, el psicólogo hablaba de que no hay embarazos de ese embarazo, porque suele haber algo detrás de las adolescentes.

E: Entonces la ausencia de un proyecto alternativo...

C: A veces..., te dicen: “bueno, yo voy a tener mi bebé —te dicen algunas—, porque yo voy a tener mi hijo, entonces acá voy a mandar yo...”.

E: Ja, ja...

C: Pero igual quedan en la misma casita, en la misma habitación...

E: ¿Qué pasa con las parejas?, ¿ustedes saben?

C: No, las parejas, a veces, el adolescente, es como que no sigue la pareja...

E: No acompaña...

C: No acompaña, y hay veces que sí, hay veces que no.

E: Pero... ¿se acercan portadoras de VIH de HIV?

C: Las adolescentes.... Esperá te iba a decir algo más... Lo que yo notaba cuando quedaron embarazadas: “Yo vine porque me mandó mi hermana”, “A mí me mandó mi mamá...”, eh..., la que habían quedado.... Después, cuando llega Alejandra Sobol, que incorpora, este... Porque quiere una anticoncepción y ahí comienza el debate: “No, yo porque ni pienso en tener un bebé ahora, porque quiero hacer baile, porque quiero...” Cada uno decía sus razones y eso producía un intercambio que era rico, pero yo hace bastante que no estaba asistiendo, eh... Pero esta era la clave, lo que habíamos detectado es que cuando la adolescente tiene el deseo de no quedar embarazada real es como que encuentra los recursos, y cuando la mandaba la mamá obligada, lo mandaba el hermano que no lo había detectado yo, o cambiaba de novio, y dice “No encontré el cartón y no me la puse más”, eso se lo explicamos, que no importa el cartón, que se le da de nuevo, que hay un montón de formas para facilitar.

E: Y lo comprenden o digamos...

C: En general, yo creo que hubo un cambio importante con el tema de la anticoncepción, creo que sí, que lo entiende bastante la gente, todo el equipo sostiene lo mismo, esa cosa de mucha coherencia en el equipo, de facilitar el acceso al uso, también.

Ahora había más médicos, a lo mejor por eso no sé si vienen tantas chicas.

Somos más cantidad de médicos, a lo mejor cada uno puede ir abordando el paciente que consulta por anticoncepción.

E: Entonces un ginecólogo, médico de cabecera trata esta cuestión. ¿Qué pasa con los insumos, folletería?

C: Eso sí, eso, eso siempre hay, y más que eso lo que necesitas es anticoncepción, y la anticoncepción está siempre lo que quiera el paciente, eso nunca te falta, digamos...

E: Los varones, los chicos...

C: Los varones nada, los chicos no se acercan. Las chicas dicen “no, preservativo no, si mi novio no quiere”. Le daba vergüenza, hay alguna que le daba vergüenza en esos lindos debates que se armaban. Estaba buena esa escucha entre ellas, porque es como que tenía un poder más fuerte que el que si lo dice solamente el médico. Estaba bueno, hay mucha negativa al uso del preservativo por parte de los varones, el varón se acerca poco al Centro de Salud de cualquier edad...

E: Eh..., y bueno, no hay forma tampoco de traerlo, tampoco con sus parejas, decirles que se acerquen.

C: Lo que pasa es que, yo lo había planteado, este espacio, abrir, que fuera para las chicas, y a los varones charlar sobre HIV, yo, cuando invité, tuve poco eco.

E: ¿Son un poco reticentes para venir?

C: Pareciera que eso también influye, porque cuando hubo un médico varón hay un poco más de resultado. Otra cosa más, el tema del pasar el HIV y la pareja de la embarazada que se instauró en la Municipalidad, eso me ayudó hace poco a... hacer el diagnóstico a una mujer cuya pareja es HIV. Eso está bueno, y eso está bueno y se lo hacen todos, si no, no se lo hacían jamás, pero como le mandan un papel que dice “pareja realizar...” Y se lo hacen, se están haciendo los HIV las parejas, que eso es una cosa reimportante, y otra cosa más importante que nos diferencia de los efectores, yo creo, que es la Muni, tiene esa tendencia, la anticoncepción es un derecho de la mujer, la elección de qué método vas a usar en tu cuerpo mientras no te dañe la salud corresponde al paciente, la

elección. El médico sugiere y el que elige es el paciente, y el Papanicolaou es un derecho de la mujer no es una obligación, “si no tenés el Papanicolaou no te doy la pastilla”, no, bajo ningún concepto. Tenés derecho a hacerte el Papanicolaou por esto, por esto y por esto. Por ahora nosotros lo hemos entendido así, no tenemos una excelente cobertura en Papanicolaou, eh....

E: Pero sí entienden ellos que es un derecho...

C: No una obligación.

E: El paciente debe entender que tiene derechos y que puede decidir y que puede venir a buscar y que puede... En ese sentido, ustedes tienen reuniones de equipo, situaciones en la que pacientes han tenido, quizás, quejas, gente que no quiso volver al espacio por algún trato no ideal de un profesional, de alguna profesional, sin, sin, sin dar demasiados detalles...

C: No con respecto a...

E: Digo...

C: Eh..., respecto a la anticoncepción hay muy buena respuesta, lo que es entrega de anticoncepción, enfermería facilita el acceso y perdió el cartón, el cartón se..., creo que con respecto a anticoncepción no. Tenemos otra cosa que es muy grave, tenemos mucha detección de abuso sexual infantil, bastante, abuso sexual infantil, eh... Por eso el tema de las escuelas, porque en realidad, eh... Es realmente sorprendente, yo no sabía que eran tantas la cantidad de situaciones, entonces una de las situaciones por la cual nos acercamos a la escuela es crecimiento y desarrollo, desarrollo. Pero nosotros planteamos en reuniones con personal, reuniones con padres, en última instancia con los niños, pero, fundamentalmente, docentes y padres, por el abuso sexual en relación a la cantidad de casos que tenemos.

E: Y ustedes ¿trabajan con el Centro de Salud, la escuela y además con otras organizaciones?

C: Es la idea, es el deseo, la verdad es que con la escuela hemos ido a dos a tres escuelas y uno...

E: Funciona a demanda, hay como una comunicación...

C: Es..., una cosa es la que uno piensa y otra cosa es lo que a veces se puede... A mí, inicialmente, se me había ocurrido pensar en algún taller, pero con esta cuestión del

abuso sexual infantil, el derecho a la anticoncepción y qué sé yo..., el desarrollo y pensar en algo para una escuela, yo, a mí me sale el médico. Hago esta escuela, hago esta escuela, y en un mes hice todas las escuelas. Yo, ahí, supongo yo, un poco tratan de trabajar mucho a partir de la demanda de una interacción no de una cosa bajada.

E: ¿Se trabaja con el docente o se trabaja con el grupo?

C: Primero, directivos y escuela, porque el tema de la sexualidad, del abuso sexual infantil y eso es para la escuela. Entonces, en la reunión plenaria con los dos turnos, se habla con la escuela. Después, en una reunión con padres, porque los padres....

(Interrupción.)

E: En realidad, la demanda es para los niños, y yo instauró lo que yo te digo, que lo que me interesa es charlar con los niños. Lo que te digo es que, muchas veces, con respecto a la sexualidad, el adulto referente le da una importancia nodal. Vos le das al chico el problema, a veces son los adultos, a qué programa de televisión los exponen, qué casa, y hay mucho co-lecho, duermen con el hijo primario. Hablando con los docentes y los padres, después con los adolescentes, y uno le hace preguntas, pero me interesa mucho la charla con los padres.

E: Y, digamos, las organizaciones, hay muchas organizaciones en el barrio, una con chicos, otra...

C: Cuesta, cuesta en el tiempo, o sea, particularmente, yo tengo mil adscriptos, treinta horas semanales trabajo, eh... Las, hoy es el día que no atiende, eh..., supuestamente, pero siempre pasan algunas cosas, tengo situaciones complejas. Entonces, a veces, es difícil poder darle un tiempo a otras actividades, porque uno está con estas cuestiones de atención de pacientes muy complejos, con necesidad de comunicarte con los hospitales, demasiada cantidad de población, poder conciliar el trabajo con hacer otras cosas distintas. Más allá de esto, tengo el espacio de diabetes y nutrición y, digamos, el mismo médico. Querer hacer lo de diabetes y nutrición, y la parte de todo lo educativo me encanta, y por ahí me paso. Por eso, yo ahora estoy más con lo de diabetes y nutrición, y esto lo habían tomado más otras de las chicas.

E: ¿Estás muy desbordada y pensás en una sola? Y, digamos, con otros Centros de Salud, ¿ustedes tienen una población de...?

C: Nosotros derivamos al Roque pero no, este..., no hay tanta interacción con otros

Centros, salvo que se cambie el paciente a otro Centro. Se está tratando de comunicarnos, los Centros de Salud provinciales y municipales, se está haciendo, es más, se armaron grupos de gestión para poder coordinar el trabajo entre los Centros de Salud provincial y municipal, aproximarnos a tener un..., puntos en común, enfoques similares, pero se está trabajando. No es que yo tenga mucha relación ni conozco a nadie de los otros municipios.

E: Eh..., quizás acá hay situaciones complejas de adicciones.

C: Adicciones...

E: Y, bueno, ¿cómo..., cómo se trabaja con estos jóvenes?, si es que se puede trabajar, si es que se busca... ¿Se acercan muchos?, ¿también son portadores de VIH?, ¿cómo..., cómo se trabaja...?

C: Eh, es un tema. Este, cuando se acercan, por supuesto, esto es por algo puntual y no tienen turno, y en ese momento suelen acercarse muy nerviosos, muy agresivos, que en realidad es una máscara de agresividad, donde saben que acá van a recibir atención. Viene agresivo, qué te pasa, qué tenés, y la agresividad inmediatamente cae y se da lugar a la consulta. Suele haber consulta por intoxicación, eh.... Por palpitations, por consumo, por... violencia. Situaciones de violencia en relación al consumo o cuestiones en relación a la ley, por ejemplo, “necesito el certificado porque estoy con salida transitoria, no me presenté porque me intoxicué”, viste, esas cosas que son frecuentes, entonces uno aprovecha ese momento de la consulta para escuchar lo que el otro quiere. Es duro, es sumamente duro, primero, un profundo respeto por el otro que está en una situación de consumo, porque la realidad es que la vida lo llevó a ese lugar. Y bajo ningún momento uno juzgar al otro, aun haya delinquido, porque uno no sabe, le sacás la capa de cebolla de la que está recubierto y ahí, bajo la cosa delictiva, hay una persona sufriendo. Por eso hay que escuchar al otro, y el otro tiene una consulta del ahora, del cuerpo, palpitations, quiero calmar esto, entonces uno, que a veces es el primer momento con el otro, le relacionás ese síntoma con el consumo o con el hábito, lo que está haciendo, y le decís: “esto te pasa por el consumo”, entonces le solucionás el síntoma en ese minuto. “Si a vos te interesa trabajar sobre esto, podés volver a venir mañana”, medio así, medio cerquita, mañana, y se le ofrece que acá tenemos un equipo con psicólogo, con trabajador social, hasta psiquiatra, y podemos, en la consulta telefónica que hay en toxicología, que hay intención y hay voluntad de trabajar con adicciones. Se le explica al paciente que hay mucho respeto y

también eso lo sabe, eso sí trasciende, los chicos que se.... Que se fugan de prisión, es como que viene buscando soluciones y es como que saben que acá van a ser atendidos y no van a ser juzgados. Entonces, ahí empezás, yo, inicialmente, cuando empecé a trabajar con adicciones..., eh..., los citaba a las cuarenta y ocho horas porque necesitaba ver cómo iba el proceso de desintoxicación.

E: ¿Y pedías colaboración de algún otro colega?

C: No, porque viste cómo somos los médicos, siempre creemos que podemos hacer todo. Y el paciente no quiere ser atendido por otro, no quiere saber nada con un psicólogo, con nadie, y bueno, a mí, en ese momento me pareció que estaban todos demasiado ocupados, y entonces yo tomé todo, llegué a tomar dieciséis etilistas, me tomé, y esto me implicaba, sobre la consulta que tenía, meterme en el medio un montón de pacientes.

E: Y que incluso todas estas situaciones de adicciones traen aparejado situaciones de violencia física, sexual, digo, no sé si eso viene...

C: Viene todo.

E: Quizás las mujeres son las mismas que...

C: Hay situaciones de violencia que lastiman a..., de hecho yo estoy pidiendo pase, de pasar de educación primaria a segundo, porque me encanta todo esto, pero los pacientes vienen y te comentan “yo me consumo cucumelo tanto, esto..., todo, a aquel le doy con un cinto porque le cabe y cuando le tengo que dar le doy”.

E: Y a las mujeres ¿las obligan a consumir?

C: Vos sabés que no.

E: Las obligan a tener sexo.

C: Sexo, pero a consumir no. También la mujer consume y no lo dice, la mujer consume y no lo comenta, guarda más su secreto.

E: ¿Qué pasa cuando están embarazadas?

C: Muchas dejan de consumir, muchas, pero totalmente sin ningún tratamiento, TAC, y hay algunas que no, pero muchas dejan, eh..., Esto es llamativo, porque con un consumo importante, con el tema de un embarazo dejan, eso la ayuda mucho.

E: Acceden a hacerse la prueba de VIH ¿y qué pasa cuando se detecta que ha habido transmisión vertical? ¿Acceden al tratamiento...?

C: Todo el mundo, acá el tratamiento de HIV, acá todo el mundo, enes, la carga

viral, el infectólogo de lujo.

E: Pero ellas, las pacientes, ¿acceden?

C: Con el embarazo todo, todo, eh, hubo un caso que no accedía, pero no, hasta los papás se vuelven con... Me faltó decirte algo sobre las adicciones, yo empecé así, pero no pude sola, me noqué, me tomé cuatro meses de licencia, no pude sola, después psicología misma se metió y me..., me... O sea, era un error mío, me metía yo sola, ahora me corrí de ese lugar y el equipo está totalmente presente, la trabajadora social y la psicóloga. Yo hago el ingreso y ellas toman ahí la situación, y que ahora estamos tomando consumo de sustancias un poco más pesadas, cocaína, marihuana, densodiasepina... Y también uno tiene que conocer mucho al paciente, entrar en su lenguaje, lograr un nivel de confianza, porque también el paciente a veces quiere una entrada simple para su consumo, entonces ahí viene y te presionan: “¡dámelas!”. Porque en las abstinencias vos le das pastillas de las que a ellos les gustan consumir, entonces, a veces el mismo paciente, apurado, nervioso, mientras vos estás viendo a otro, te golpea, que dame una desondiasepina. Eso, si uno tiene un buen temple, el paciente sabe que vos es por su bien que no se lo das. Podés sostenerlo y no dárselo, a veces enfermería o..., a veces, si no pueden manejarlo, porque ven que está muy agresivo, tratan de ver cómo hacer con la situación, con ácido fólico, ranitidina, como para que el paciente crea que es densodiasepina. O ven cómo manejan la situación si el paciente está agresivo, pero puede pasar que, en el proceso que vos lo estás tratando de ayudar, quiera seguir retirando densodeasepina, pero con el objetivo de drogarse. Eso es una cosa que creo entre todos lo manejamos muy bien, porque yo, cuando lo instalo, le digo “esto te lo doy y es por una semana”, porque si no, empiezan a presionar a todo el equipo, a pedir.

E: ¿Ha habido situaciones de violencia de los pacientes para con los profesionales?

C: En realidad, esa violencia, cuando vos apenas intervenís, cede... Cede..., siempre el paciente ingresa agresivo y entra acá y se derrite, eh...: “¡Los mato!”. Le decís “¿qué pasa?”: “No..., me duele acá...”. Entran malos todos, se ablandan, no porque ya yo, por ejemplo, yo hace casi cinco años que estoy acá, me conocen muchísimo y...

E: En realidad, la agresividad es como un mecanismo de defensa ante tanta vulnerabilidad...

C: Claro, o tuvieron algún evento en la guardia y la pasaron mal y viene enojados y

descargan acá.

E: Y ¿cómo pueden haberla pasado mal en la guardia?

C: No, no sé, eh.... A lo mejor, si entra muy alcoholizado, yo no me acuerdo, pero he tenido que entren muy alcoholizados y, no sé, y tenga que esperar a ser atendido, o no sé, y se enojan: “¡estos ortibas!”. Y viene tomados alcoholizados, y viene para acá.

E: ¿Vos trabajás hace mucho en espacios públicos?

C: Sí.

E: En algunos de los espacios, digamos, efectores, ¿tuviste que presenciar o viviste situaciones de inequidad o violencia para con algún paciente?

C: ¿Hombre o mujer?

E: En general.

C: ¿Acá en Rosario? Porque yo vengo de San Nicolás. En San Nicolás era aberrante, era impresionante, ahora yo no estoy. Allá decían: “tiene OSDE”..., “tiene PAMI, tome”. Un viejito que estaba febril y dicen: “no, diazepam y dipirona”, ni siquiera radiografía de tórax. Yo le había pedido: “anciano febril, hemograma completo, cultivo, radiografía”, todo. Arrancaron mi hoja y dijeron “diazepam” hasta que se muriera. Digamos, esas cosas veía allá en San Nicolás; medicación, le daban diez comprimidos, no como lo que te dan acá, que vos tenés tu cartón y lo retirás por mes. Lo que necesites, lo que sea, le quiero dar para el colesterol, lo que le quiera dar, salvo alguna excepciones, pero en general, la mayoría de las cosas están cubiertas, en cambio, yo allá no tenía nada.

E: Pero más allá de las cosas que están, y los cambios, en Santa Fe, profesionales de la salud que no la entiendan como un derecho humano, que el paciente no sea tratado en igualdad de condiciones en todas las situaciones, sin hacer....

C: Pasa que yo estoy en el 20 de Junio, dejame pensar si... Sí, me ha pasado con pacientes que, en alguna interconsultas, que el paciente venía dolido, por ejemplo, con fertilidad. Una mujer que está haciendo un tratamiento que no puede ser mamá, que la tenés que tratar con una sutileza, y por ahí no se habían sentido bien tratado y no quisieron seguir el tratamiento de fertilidad, o por ejemplo...

E: ¿Y esto por qué, a qué puede responder?

C: Hay que diferenciar el generalista, el que te ve la familia, al especialista. El especialista, viste, viene más rapidito y listo, digamos... A veces depende cómo se lo decís,

si le decís: “mirá, me parece...”, porque a veces las cuestiones emocionales influyen mucho. Si vos le decís, eh: “me parece que te tenés que ir a un psiquiatra porque...”. Depende cómo se lo decís, la agresividad a veces va en la forma, eh... Cardiología también, a veces van con el turno programado y a lo mejor llegan dos horas tarde o llegan...

E: ¿Y a quién se suele tratar mal?, ¿al anciano?

C: No, ¿sabés qué es?, es por individualidad, es por el tipo que te atiende, el tipo que tiene vocación, que tiene pasión por lo que hace, tengas la edad que tengas, te atiende. Y en el Roque, por ejemplo, vos identificás, es fulano, colocación de DIU.... A veces los médicos no damos abasto, porque no orinás y... ya. Ahora no, porque esto ya pasó hace mucho, la diferencia es, está, programamos turno, y si venís sin turno, te vemos igual. Si no, si hay que pedirte una medicación y si sos violada, golpeada, y te escucho hace veinte minutos, una hora, y si no tenés el turno, tiene que ser una urgencia real, pero hay una diferencia de lo que es para mí el segundo nivel, que debería poder abrir al menos una o dos admisiones al día, cuando nosotros le marcamos “tengo una hemorragia acá, recibime esta admisión ahí, te la mando”, debería abrirse un poco más eso.

E: Y bueno, y vos, qué hay de, por ejemplo, ahora el Vilela abrió un poco el espacio para adolescentes, y atiende hasta dieciséis, diecisiete años en estos últimos años, pero ya no tienen ese espacio de consejería que atienda la salud sexual de los adolescentes

C: A mí lo de la consejería me parece que no están, porque hay mucho ñoqui... Mirá, yo soy al pan pan y al vino vino, yo no sé, yo lo digo por salud, porque conozco bien, uno está todo el día metido adentro del consultorio, yo antes era maestra, y están los maestros alfabetizadores, que yo soy alfabetizadora. Tenía un alumno o dos por año, no, eso no es alfabetizador, tenés cuatrocientos analfabetos en una cuadra y vos tenés diez alumnos, sos un ñoqui, le estás sacando guita al Estado. Para mí, si vos tenés una consejería, cuántos vienen a tu consejería, si vienen dos gatos, salí a caminar el barrio, para mí, en las consejerías, en los distintos niveles, indagaría eso.

E: Algunos espacios dejaron de existir porque funcionaban con pasantía y con trabajo no rentado y esa, esa, digamos, la figura del pasante está desapareciendo en la Muni, pero volviendo un poco al trato, el trato de ustedes....

C: 20 de Junio, de lujo, ja, ja, pero hay una...

E: ¿Cómo se tratan entre ustedes, entre compañeros y compañeras, digo? Si ustedes

perciben que hay equidad o si hay algún tipo de diferencia por ser mujer, porque muchas veces hay espacios que...

C: Somos todas mujeres.

E: Hay espacio en el que se reproduce el patriarcado, pero hay espacios en los que las mujeres lideran.

C: Somos todas mujeres.

E: Y entonces ¿cómo es el trato hacia los compañeros?

C: Somos todas mujeres locas, ahora tenemos dos compañeros varones nuevos, uno que está haciendo las prácticas.

C: Que está haciendo el practicanato. No, en realidad, nunca sentimos el patriarcado, más bien hubo un matriarcado.

E: Pero, bueno, los hombres...

C: Yo soy una gran defensora de los hombres, creo que yo, mirá, tanto género, la mujer, la mujer y el niño. Estoy hasta la coronilla, para mí, hemos descuidado terriblemente a los hombres.

E: Los hombres, los niños y las niñas.

C: Los hombres los han dejado, a la mujer la tengo doscientas veces por día, todas las mujeres acá, todos los días. El niño sí, toda edad, viene, pero el hombre es un gran descuidado, es el macho, es el malo, el golpeador. Yo no creo eso, el que va a la guerra es el hombre, si se te corta la luz, va el hombre.

E: Ja, ja.

C: Yo, en ese sentido, creo que falta mucho laburo para el hombre. Para mí es un excluido absoluto, y vamos a analizar números, miremos números de lo que es la atención porque la sociedad y la cultura lo excluye.

E: ¿La mujer tiene más tiempo de ocuparse de su salud?

C: No siempre, porque mis pacientes son casi todos desocupados, y sin embargo, no vienen nunca, porque es hombre, porque es fuerte, porque él no viene al médico. Es muy de la cultura también, no solo, y también el hombre, el trato, un poco como vos preguntabas. Hay un poco de patriarcado, de soberbia en el acto médico, "vos hacete esto", y yo supongo que la mayoría debemos tener algo de eso, la mayoría lo debemos tener. Yo trato de nunca, yo soy el médico nada más, un empleado municipal, usted es el paciente que tiene la salud.

Porque el hombre tiene sus ideas y a lo mejor dice: “yo sí me quiero tomar la presión, pero no me quiero hacer un colon por enema”. Si él siente que el médico le va a venir a bajar línea, no, quieren venir menos. Entonces uno tiene que decir “esto te hace mal”, este síntoma te viene por esto, qué sé yo, y además debería haber algo, inventar algo, no sé, inventar algo para captar a la población masculina, yo tengo un invento...

E: Hay una buena campaña, un buen programa de concientización, digamos...

C: Yo tengo, como somos médicos de cabecera, eso es fantástico... Porque vos atendés a la esposa y a los hijos, al único que no ves es al marido, pero yo tengo un invento... Mando la notita, la carta de amor, digo: “fulano, estaría que se haga un control de salud, al menos uno único, aunque sea una única vez”, le mando la nota y un turno notita. Si quiere, le doy un turno, o lo charlo con la mujer, que lo hable si quiere. Le mando un análisis completo para saber, diabetes, colesterol, o a lo mejor HIV, veo qué tengo que chequear en ese paciente, un mayor de cincuenta, a lo mejor te quiero pedir un control de laboratorio y un control de... Y les digo, si quiere no venga, pero qué le parece. Les encanta eso, se hace un análisis y controlarse una vez la presión, porque eso sí tendría impacto, porque entonces ahí se podría detectar alguna vez algún diabético, o con algún control de presión entonces ahí sí lo enganchás como excusa, digamos, para la atención, pero cuesta que lo prevenga.

E: En particular, como para ir cerrando, en otros efectores o cuando trabajaban en el de San Nicolás, ¿sufriste situaciones de tus primeros pasos desde tus prácticas?, ¿alguna diferencia de trato por ser mujer? O...si, digamos, por tu condición de mujer en el laburo...

C: Los cirujanos, particularmente, siempre fueron muy machistas, sí hacían bromas y ese tipo de cosas, cirugía y traumatología, me parece.

E: Y sigue siendo....

C: Cirugía y traumatología porque, por ejemplo, cuando yo iba al quirófano, se me venían y se me ponían atrás, se hacían los vivos, digamos, yo era residente, “vení que yo te enseño, como pasarse un poco de pícaros”.

E: De maltrato y de inequidad económica.

C; No, cero, yo, en realidad tengo, personalmente, una mirada del hombre, los veo desprotegido, con esa máscara del hombre, de fortachones, y las mujeres vivimos más. El hombre muere antes, tiene menos promedio de vida, entonces para mí, los veo..., los quiero

cuidar a los hombres.

E: Fue siempre así, pero ¿tiene alguna respuesta esto de la mortalidad más temprana del hombre en relación con la mujer?

C: Eh..., mirá, no sé, el trabajo.

E: Bien, pero hoy el hombre y la mujer trabajan parejo.

C: La verdad es que el hombre accede mucho menos a la salud. Si el hombre viene, cuando un hombre se acerca esta mal; o sea, ya cuando se acerca esta mal. La mujer hace el Papanicolaou, la mujer, una vez al año, viene a la ginecóloga, mínimo, una vez al año. En cualquier estrato social, viene por lo menos dos veces al año, o bueno, aunque sea una, pero se acerca a alcanzar, y el hombre, a veces, cincuenta, sesenta años no vino nunca. Y cuando viene, lo ves con una insuficiencia cardíaca severa, o lo ves en un infarto, o un infarto cerebral, hábitos. Yo, realmente, en esta población, tengo mucho índice de adicciones, entonces el hábito, también muere gente muy joven, han muerto pacientes de treinta años, con tumores en relación también al consumo de marihuana, eh..., y alcohol, con tumores y con hemorragias digestivas, eh... Fuman, sí, fuman, muchos pacientes, pero como es de tal impacto el consumo pesado de drogas, porque con delincuencia es como que uno se... Y los que fuman no dejan de fumar, dicen, bueno, no fumo, pero me consumo cinco litros por día de alcohol, diez porros de marihuana y quince gramos de cocaína [...].

E: Bueno, ¿qué le agregarían, qué le sumarían al programa de salud sexual y procreación responsable? ¿Qué te parece que haría falta?, ¿un poco más de atención o de hacer hincapié más en la salud sexual del varón?

C: Pasa que es difícil, porque vos podés responder ante lo que te demandan, es difícil.

E: Pensando en que la salud sexual forma parte de la salud integral ¿no? Pensando no solamente en el VIH, pero sí en otras enfermedades de transmisión.

C: Yo no sé si conozco tanto de los programas, yo sé de lo que estábamos haciendo acá, que era medio casero.

E: Pero lo que se difunde.

C: A mí lo que me gusta es lo que se incorporó. VIH, me encanta que la prueba la puedan hacer sin la firma del médico, porque era una barrera. Hasta que viene el médico, sobre que no quieren venir nunca. Entonces hay una cosa, yo puedo mandarle el código, y

si el hombre quiere hacérselo, lo hace; enfermería lo recibe, le sacó la muestra y ahí lo firma el médico que está en ese momento. O sea que el hombre siente que mientras yo le deje un código marcado, sin firmárselo yo, que lo firme el paciente, él si quiere viene, toma la muestra y un médico en ese momento, se lo hace ahí, se facilitó.

E: ¿Cuánto tiempo tardan los resultados?

C: De HIV, una semana, menos.

E: Y se tiene que hacer la contraprueba.

C: Además, ahora lo incorporás más en la rutina. Cuando vos incorporás a una persona, hacés colesterol, hemograma, HIV, porque realmente la mayoría. Yo no, interrogo simplemente: “¿Te parece bien hacer este análisis? A mí me cansa el código, creo que el código no debería ser obligatorio. Me cansa, porque yo pido mucho y a veces no encuentro el HIV, porque el código debería ser opcional. Si querés lo hacés, y si no lo hacés, eh... Porque para mí el código como que lo mistifica, lo pone en un lugar como que esto va con código, esta enfermedad es diferente. Que esto pasó siempre con estas enfermedades tipo pandemia. Eso me cansa, yo tuve una vez una paciente que me amenazó que me iba a hacer un juicio porque no había firmado el código, como que hay una cuestión legal con el tema del código y de la firma. Y que se le haga al esposo de la embarazada me parece que está muy bueno, eh... Para mí, la escuela...

E: Ampliar...

C: No, porque se dice, lo que yo había leído era que desde Jardín se empezaba a trabajar este tema. Ya hablamos de género, de la nena y el nene, del cuerpo, de este es mi cuerpo y quién lo toca o por qué. El caso de abuso sexual que yo tuve fueron en niños de prescolar todos, niños de cinco o seis años, entonces esta cuestión del respeto de mi cuerpo, el cuerpo del otro, la higiene, la nena y el varón, los roles, se trabaja desde Jardín Infantes. Entonces, el poder incorporar los temas relacionados al género y a salud sexual, la escuela, para mí es una cosa importante, yo le pongo pilas a eso.

E: Bien, bien, no les robo más tiempo.

C: Lo que sí yo te mando los mails, y te mando, yo siempre escribo algo.

Entrevista a la Dra. Elda Serrano. La entrevista se llevó a cabo en el edificio de la “vieja” Maternidad Martin, el encuentro tuvo lugar el día 9 de noviembre de 2011, a las 8 horas de la mañana, aproximadamente. La doctora se encontraba en una oficina muy pequeña abarrotada de papeles, folletos, afiches. La conversación giró en torno a las tareas que se realizan en su área mujer de la secretaría de salud.

Con respecto al programa de salud sexual y procreación responsable, no se nos pudo proporcionar más información que la que poseemos, los beneficios que trae el programa ya existían en el municipio antes de la sanción de la ley. El trabajo que realiza la oficina de salud integral de la mujer tiene que ver casi exclusivamente con la prevención, podemos decir que, en lo que respecta a salud sexual, “Vos podés” es la política pública que cumple en este municipio esas funciones. Del Programa [de SSyPR] llegan insumos y folletería, en forma tardía, señala Elda.

También se está trabajando en la concientización del autoexamen mamario y del Papanicolaou (ver lenguaje técnico).

El trabajo del programa es mancomunado con el programa de educación para la salud, quienes trabajan en los Centros de Salud con agentes capacitados para las tareas territoriales.

De todos modos, este programa diseña y dicta talleres de concientización en los Centros de Salud y en los CMD.

La doctora nos proporcionó materiales sobre anticoncepción de emergencia, autoexamen mamario y el material que utiliza el programa para capacitar a los profesionales de la salud sobre derechos humanos.

¿Problemas? Los jóvenes profesionales no poseen la misma conciencia de cómo tratar al paciente, el maltrato en los dispensarios es moneda corriente.

La violencia ginecológica es un hecho y no encontramos soluciones. El trabajo es arduo, no sólo con el paciente, sino con los colegas y alumnos.

El problema de la población es la desinformación y la falta de educación, ¿cómo se informa a un analfabeto? La dificultad es enorme, pero se puede, cuando queremos hacerlo se puede, y tenemos la obligación nosotros, porque somos profesionales, porque pudimos formarnos, hay que devolver a la sociedad aquello que nos pagó con sus impuestos, una

educación.