

Políticas asistenciales y salud pública

Límites y contradicciones del modelo de transferencias condicionadas

Micaela Anahí María Aguirre

Universidad Nacional Autónoma de México,
México
miaguirre@unal.edu.co

Fecha de recepción: 17/12/2024
Fecha de aceptación: 15/4/2025

Resumen

Este artículo analiza las transformaciones en salud pública a partir de las intervenciones en la cuestión social de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG), entre 2000 y 2021. Se presentan hallazgos de una investigación comparativa y cualitativa, enmarcada en un enfoque interpretativo y exploratorio. El modelo condicionado perpetúa la desigualdad existencial y consolida padecimientos ligados a la pobreza, como inseguridad alimentaria y precariedad habitacional. Se concluye que este modelo tiene escasa capacidad para sostener vidas saludables y refuerza sentidos sobre el rol mínimo del Estado y la centralidad familiar en la protección social.

Tramas
y Redes
Jun. 2025
Nº8
ISSN
2796-9096

Palabras clave

1| Transferencias Condicionadas 2| Cuestión social 3| Desigualdad 4| Pobreza
5| Salud pública

Cita sugerida

Aguirre, Micaela Anahí María (2025). Políticas asistenciales y salud pública: límites y contradicciones del modelo de transferencias condicionadas. *Tramas y Redes*, (8), 71-95, 80dg. 10.54871/cl4c80dg



Esta obra está bajo licencia Creative Commons Atribución-NonComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_AR

Políticas Assistenciais e Saúde Pública: Limites e Contradições do Modelo de Transferências Condicionadas

Resumo

Este artigo analisa as transformações na saúde pública a partir das intervenções na questão social dos programas Familias en Acción (COL) e Asignación Universal por Filho para a Proteção Social (ARG), entre 2000 e 2021. Apresentam-se achados de uma pesquisa qualitativa e comparativa, em uma abordagem interpretativa e exploratória. O modelo condicional perpetua a desigualdade existencial e consolida sofrimentos relacionados à pobreza, como insegurança alimentar e precariedade habitacional. Conclui-se que esse modelo tem baixa capacidade para sustentar vidas saudáveis, reforçando sentidos sobre o papel mínimo do Estado e a centralidade da família na proteção social.

Palavras-chave

- 1| Transferências Condicionadas 2| Questão social 3| Desigualdade 4| Pobreza
5| Saúde pública

Welfare Policies and Public Health: Limits and Contradictions of the Conditional Cash Transfer Model

Abstract

This article analyzes transformations in public health based on interventions in the social question by the Familias en Acción (COL) and Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) programs from 2000 to 2021. It presents findings from a comparative, qualitative study framed within a comprehensive, exploratory interpretative approach. The conditional model perpetuates existential inequality and reinforces poverty-related hardships such as food insecurity and inadequate housing. It concludes that this model has limited capacity to sustain healthy lives and reinforces narratives regarding the minimal role of the State and the centrality of the family in social protection.

Keywords

- 1| Conditional Cash Transfer 2| Social aspect 3| Inequity 4| Poverty 5| Public health

Introducción

El artículo que sigue constituye un producto derivado de la investigación titulada *Salud pública y cuestión social: un abordaje comparado desde los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG)*. Este ejercicio se desarrolló con el horizonte de abordar un dispositivo específico de la agenda de la protección social en América Latina en el siglo XXI: las políticas de transferencia condicionada (en adelante, PTC).

Las PTC constituyen un instrumento central de abordaje de la pobreza en la región desde la década del 90. Se caracterizan como transferencias monetarias destinadas a familias definidas como pobres o vulnerables, otorgadas con la condición de que su población objetivo asuma un determinado comportamiento, en general, vinculado a prácticas de educación y atención de la salud. De esa manera, se presentan como estrategias estatales justificadas en dos objetivos centrales: por un lado, aumentar los ingresos a corto plazo y facilitar las prácticas de consumo inmediato y, por otro, aportar a la superación intergeneracional de la pobreza apostando a la acumulación del capital humano.

Una de las características centrales de este modelo de política social refiere, justamente, a su relación con el campo de la salud. Mediadas por fundamentos éticos y políticos provenientes de teorías del capital humano y de la gestión social del riesgo, las PTC posicionan a la salud como una de las dimensiones a fortalecer para abordar problemas sociales como la pobreza y la desigualdad, de manera tal que este tipo de programas otorga un lugar prioritario a una condicionalidad vinculada a la atención sanitaria, principalmente, de las infancias. En consecuencia, el acceso a la asistencia monetaria deviene supeditada a controles de vacunación, peso, talla y, en algunos casos, tratamientos médicos específicos.

En ese sentido, este proceso de investigación se vio orientado por la motivación de desentrañar esa relación entre asistencia social y salud pública en la región. A estos fines, se hizo uso de otra categoría central: la noción de “cuestión social”, que permitió construir mediaciones entre la política asistencial de interés y sus consecuentes transformaciones en el campo sanitario.

En cuanto a los referentes empíricos, se apostó por un análisis comparado entre dos de las PTC centrales de América Latina, situadas en Argentina y Colombia. Para el caso de Argentina, se trabajó con el programa Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (en adelante, AUH), mientras que en el caso colombiano se optó por el programa Familias en Acción (en adelante, FeA). Si bien el horizonte epistemológico de la investigación no radica en construir un conocimiento extrapolable a toda la región latinoamericana, sí se reconoce que, en la medida en que,

como se verá, las PTC funcionan como un dispositivo regional, extendido a lo largo y ancho de la región, con características, fundamentos y procedimientos sumamente similares entre sí, este ejercicio puede resultar útil a los fines de aportar a la comprensión del modelo condicionado de asistencia imperante en la región y sus puentes con el campo sanitario.

Como objetivo general de la investigación se propuso analizar las transformaciones en el campo de la salud pública a partir de las intervenciones en las dimensiones constitutivas de la cuestión social de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG) durante el período 2000-2021. En este artículo se presentan hallazgos analíticos, estratégicamente seleccionados, que permiten dar cuenta de este ejercicio de investigación y la emergencia de una premisa: el modelo latinoamericano de políticas asistenciales condicionadas no protege integralmente los procesos de salud-enfermedad de la población en tanto no transforma de manera significativa la desigualdad y la pobreza en los escenarios familiares.

El documento se organiza de la siguiente manera: seguido a esta introducción, se delimitan, respectivamente, los aportes teóricos y las definiciones metodológicas que guiaron el ejercicio. Luego, se presentan resultados analíticos organizados en dos categorías centrales emergentes del proceso de investigación: desigualdad existencial y pobreza. Finalmente, se sistematizan, brevemente, las conclusiones.

Perspectiva teórica: sobre salud pública, cuestión social y modelo condicionado

A los fines de delimitar la posición teórica de la investigación, el punto de partida lo constituye una conceptualización de la noción de salud pública. Se parte de reconocer que en este campo es factible identificar corrientes de pensamiento en disputa que, desde posiciones ontológicas, epistemológicas y praxeológicas específicas, definen a la salud pública e intervienen sobre ella de manera diferencial (Gómez, 2012).

Las diferentes maneras de delimitar el campo de la salud pública no remiten únicamente a diferencias de enunciación, sino que responden y dan lugar a posiciones políticas y epistemológicas diferenciadas desde las cuales se comprenden los procesos de salud y se actúa e interviene sobre ellos. A los fines de este ejercicio, se valora como eje central la noción de determinantes sociales de la salud para explicitar la relación entre los procesos sociales tales como el trabajo, la pobreza y las inequidades con los procesos de salud-enfermedad (Morales Borrero et al, 2013).

Asimismo, se reconoce que la incorporación de perspectivas de género en el campo de la salud pública ha ampliado la discusión

sanitaria a través de la noción de cuidado. Al respecto, Domínguez Mon (2017) plantea que, desde fines del siglo XX, a raíz de las transformaciones epidemiológicas latinoamericanas y el crecimiento de las afecciones crónicas, en el campo de la salud pública fue necesario incorporar esta categoría como eje fundamental en la atención de malestares y en la protección de la salud. Esto implica, entonces, ampliar el análisis hacia los procesos y prácticas de amparo, atención, rehabilitación, que se originan en la domesticidad y se sostienen, principalmente, en trabajo feminizado no remunerado (Ceminari y Stolkiner, 2018).

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

Un segundo punto de delimitación teórica remite a la categoría de cuestión social. Esta constituye una noción fundacional de las ciencias sociales en general y del campo de la política social, en particular. En este proceso de indagación se la comprendió como una contradicción inherente y una falla estructural de las sociedades capitalistas contemporáneas, contradicción que se experimenta como una posibilidad constante de fractura y crisis societal (Castel, 1997).

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

De ese modo, discusiones fundacionales en torno a la cuestión social como las de Castel (1997) situarán esta aporía en el marco de las relaciones salariales y los mecanismos de protección que de allí se derivan, mientras que aportes contemporáneos como los de Dubet (2017) y

Grassi (2019) concentrarán el análisis en sus expresiones en materia de desigualdad y precariedad o empobrecimiento de las condiciones de vida. Recuperando estos aportes de manera dialógica, en esta investigación se asume que, en la contemporaneidad, la cuestión social se expresa en tres dimensiones constitutivas que se configuran como objeto de las políticas sociales: la desigualdad, el trabajo y la protección social, y la pobreza.

Es sobre estas dimensiones constitutivas sobre las que intervienen las distintas políticas sociales de acuerdo con la época, el modelo de acumulación y desarrollo y el modelo político de Estado (Mallardi, 2013). Como se adelantó, en esta investigación se trabajó con el modelo de políticas de transferencia condicionada, considerándolo una de las principales estrategias del siglo en curso en la región latinoamericana.

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

Los primeros antecedentes de las PTC en América Latina se encuentran en Brasil y México en la década del 90; luego del 2000, se incorporan Chile y Perú. Los fundamentos teóricos y políticos que permitieron la instalación y expansión de esta forma de intervención sobre la cuestión social pueden rastrearse en las producciones de fines de siglo provenientes del enfoque del manejo social del riesgo, propuesto por Holzmann y Jorgensen (1999 y 2003), y asumido como orientación ética, política e ideológica de la asistencia social regional desde entonces.

Este enfoque se inscribe en la corriente neoclásica de la economía que ha sostenido las reformas neoliberales de los Estados latinoamericanos desde fines del siglo pasado (Nemiña y Echandi, 2020), y se expresa en los elementos constitutivos de las PTC: su orientación a fortalecer las capacidades en el seno familiar que permiten a los individuos gestionar sus propias situaciones de riesgo, tanto mitigando las pérdidas drásticas en la capacidad de consumo (a través de transferencias mínimas y recelosamente focalizadas), como apostando al desarrollo de competencias (a través de las condicionalidades en educación y salud) que permitan escalar posiciones en el entramado social y salir de la situación de pobreza.

En esta línea de ideas, Dallorso (2013 y 2014) profundiza que las PTC reflejan, en su diseño e implementación, las bases centrales de

la Teoría del Capital Humano que, enmarcada en el enfoque del manejo social del riesgo, tomó relevancia en la orientación y desarrollo de las políticas sociales para América Latina y el Caribe a partir de la década del 90. Para el autor, el elemento novedoso que introduce el modelo de las PTC al abordaje de la cuestión social refiere, justamente, a la figura de la condicionalidad que delega en las individualidades la responsabilidad y las posibilidades de transformación de las condiciones de pobreza, desempleo y desigualdad. En otras palabras, a través de la condicionalidad, “se enfatiza así que la responsabilidad del Estado es la transferencia monetaria y del agente la superación de las condiciones de carencias” (Cena, 2016, p. 124).

Este modelo condicionado de intervención sobre la cuestión social se ha consolidado y expandido abruptamente durante el siglo en curso, tanto en los países que asumen este diseño, como en la cantidad de población cubierta y en el crecimiento del gasto público destinado a tal fin. En términos cuantitativos, esto se puede valorar en la Tabla 1.

Aportes de Nemiña y Echandi (2020) permiten comprender que el proceso de expansión de este modelo responde, principalmente, a una tendencia regional de transformación neoliberal de los Estados, guiada por organismos multilaterales de crédito. De esa manera, se acuerda con Paz (2010) y Garcés et al. (2016) en afirmar que los elementos comunes que se identifican desde inicios de siglo en la política asistencial latinoamericana y caribeña no son ingenuos ni casuales, sino que se ubican en un espacio de tensión permanente entre las autonomías nacionales y los condicionamientos internacionales propios de la instalación del neoliberalismo como modelo político, social y económico.

Tabla 1. Consolidación de las PTC en América Latina y el Caribe a lo largo del siglo

Año	Cantidad de países con PTC en la región	Población cubierta en la región (%)	Inversión regional (% del PBI)
2000	6	6	0.19
2005	17	14	0.24
2012	20	20	0.4
2019	21	21.9	0.27
2022	21	27.1	0.26

Fuente: Elaboración propia con base en Cecchini y Madariaga (2011), Cecchini (2014) y CEPAL (2024).

En diálogo con este análisis, Salas (2011 y 2018) propone la categoría de homogeneización e isomorfismo de los programas de lucha contra la pobreza en la región, atendiendo a dos rasgos particulares: los diseños similares extendidos en toda la región, tal como se presentó, y la participación protagonista (para el autor, un fenómeno inédito en la historia latinoamericana y

caribeña) de los organismos internacionales de crédito como orientadores y financiadores de la política social. Este proceso de homogeneización se sostiene, de acuerdo con sus aportes, en mecanismos coercitivos y normativos a través de los cuales desde la esfera internacional se impone la perspectiva neoliberal y los principios de eficiencia, racionalidad técnica, tecnología social y manejo del riesgo como prioridades en la intervención sobre la cuestión social. De esa manera, de acuerdo con Salas (2021), las PTC se constituyen como una expresión clara de la “nueva política social”, discurso que asume como postulado programático e ideológico la intervención mínima del Estado sobre el mercado, especialmente para favorecer su expansión, y el cuidado riguroso y focalizado del gasto público social.

Enmarcadas en este modelo se ubican los programas de transferencia condicionada Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG), objetos de estudio de la investigación. Estos programas comparten una serie de características comunes que las ubican en la tendencia regional presentada, así como peculiaridades provenientes del caso nacional. En ese sentido, la Tabla 2 resume las características centrales de ambos programas:

Tabla 2. Elementos centrales de los programas Familias en Acción (COL) y Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (ARG)

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

Fuente: Elaboración propia, con base en Salas (2011), Corbella y Calle Espinosa (2017) y CEPAL (2024)

Precisiones metodológicas

En cuanto al diseño metodológico, se realizó una investigación con alcance exploratorio con un enfoque interpretativo comprensivo, en tanto se buscó comprender las formas en que el fenómeno es experimentado, comprendido y significado por los/las agentes sociales en su contexto de ocurrencia (Vasilachis de Gialdino, 2006). El ejercicio se enmarcó en una metodología comparada de tipo cualitativa, organizada en dos momentos operativos que, si bien se articularon en un producto final, siguieron estrategias diferenciadas.

En el primer momento se llevó a cabo un ejercicio de revisión documental orientado por un interrogante: ¿cómo se expresa la relación entre salud pública y cuestión social? En este ejercicio, se priorizaron materiales elaborados en Latinoamérica, publicados en los últimos diez años. Los materiales utilizados se obtuvieron a través de la búsqueda sistemática en cuatro portales: Dialnet, Google académico, Scielo y Jstor durante el período marzo-septiembre del año 2022. Se trabajó con 75 artículos en total, material que fue analizado a partir del método de análisis de contenido cualitativo temático.

Si bien esta fase de la investigación no se presentará en este artículo, cabe remarcar que estas primeras construcciones sirvieron de sustento para el segundo momento de indagación. En ese sentido, a través de este primer ejercicio, se logró explicitar y sistematizar la relación entre el campo de la salud pública y la cuestión social, a partir de sus dimensiones constitutivas: la desigualdad, el trabajo y la protección social y la pobreza.¹

En un segundo momento, una vez que se pudo reconstruir y sistematizar la relación específica entre la cuestión social y la salud pública, con sus diversas expresiones y dimensiones constitutivas, se dio paso a un segundo interrogante: ¿cómo inciden en esa relación las PTC en Argentina y Colombia durante el período 2000-2021? Para abordar este interrogante, en las próximas páginas se presenta un trabajo analítico construido a partir de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Este se realizó en las ciudades de Córdoba (Argentina) y Bogotá (Colombia), durante los meses de mayo y junio del año 2023. Se llevaron a cabo 20 entrevistas en profundidad, distribuidas en cantidades iguales en cada país. Los criterios de inclusión que orientaron la selección de los informantes claves fueron los siguientes: a. Jefes/as de hogar

¹ La construcción de la relación entre cuestión social y sus elementos constitutivos (desigualdad, trabajo y pobreza) y el campo de la salud pública se construyó a través de un ejercicio sistemático de revisión documental, cuya complejidad excede los límites de este artículo. Para quien desee profundizar en esta primera fase, se sugiere visitar Aguirre (2022).

mayores de edad; b. Participación voluntaria y aprobación a través de un consentimiento informado; c. Titularidad de las políticas públicas de interés en el momento de la entrevista o durante los últimos dos años; d. Se evitó que, dentro de las unidades familiares, se percibieran otras transferencias estatales tales como pensiones, retiros y/o jubilaciones.

Para cerrar la muestra se utilizó el criterio de saturación teórica (Glasser y Strauss, 1967), lo que implicó un ejercicio de diálogo permanente entre el trabajo de campo y el trabajo analítico. Se realizaron tantas entrevistas como fueron necesarias para construir las dimensiones analíticas suficientes que permitieran un acercamiento fecundo al objeto de investigación. Esto se logró a través de la utilización del método de comparación constante (Glasser y Strauss, 1967). En este sentido, se partió de una serie de categorías teóricas iniciales sobre las que se realizó un ejercicio de comparación, integración y delimitación analítica. Esto habilitó el reconocimiento de similitudes, diferencias y regularidades en los datos que permitieron la emergencia de nuevas subcategorías para la comprensión del objeto de estudio, al tiempo que el cierre oportuno del muestreo teórico. La operacionalización de las categorías iniciales y emergentes se puede evidenciar en la Tabla 3.

Los hallazgos analíticos construidos en este momento de la investigación son los que se priorizan para este artículo. Para fortalecer este ejercicio analítico se hace uso de algunos pocos fragmentos derivados de las entrevistas. Estos sólo se presentan a modo ilustrativo, no exhaustivo, y utilizando seudónimos para cuidar la identidad de los/as participantes.

Asimismo, frente a la imposibilidad de presentar la totalidad de la investigación, a los fines de este documento se desarrollarán las construcciones analíticas derivadas de dos de las dimensiones de análisis: desigualdades existenciales y pobreza, en tanto se las considera estratégicas para señalar las limitaciones y contradicciones del modelo condicionado en la protección integral de los procesos de salud-enfermedad de la población.²

2 Las construcciones analíticas correspondientes a las demás dimensiones analíticas pueden revisarse en publicaciones previas: Aguirre (2022 y 2024). El recorte se hizo estratégicamente teniendo en cuenta la temática del dossier y la ilación argumentativa en los límites de este artículo.

Tabla 3. Categorías de análisis

Categorías iniciales		Categorías emergentes
Desigualdad	Vital	Afecciones en la primera infancia
	Existencial	Autonomía femenina
		Educación y desarrollo
De renta	Afecciones emocionales	
	Afecciones físicas	
Trabajo y protección social	Trabajo productivo	Disyuntivas entre trabajo formal y asistencia
		Capacidad de protección y seguridad económica
	Trabajo reproductivo	Feminización y familiarización del cuidado
		Feminización del cuidado y condicionalidades
Pobreza	Alimentación	Afecciones por el cuidado
		Inseguridad alimentaria
		Estrategias de acceso al alimento
	Hábitat	Feminización del hambre
		Insalubridad habitacional
	Oportunidades de mejora habitacional	

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Políticas de transferencia condicionada y desigualdades existenciales

Las desigualdades existenciales, de acuerdo con Therborn (2013), remiten a aquellas expresiones de la desigualdad relacionadas con las posibilidades diferenciales que tienen las personas en relación con su autonomía, dignidad y desarrollo personal. En el caso de este estudio, la vinculación entre las PTC contempladas y este tipo de desigualdades se comprendió a partir de dos elementos centrales: por un lado, a partir de las tensiones y contradicciones en torno a la autonomía experimentada por las mujeres adultas receptoras de las políticas y, por el otro, a las posibilidades que estas generan en torno al ingreso, permanencia y egreso de los niños/as en las instituciones educativas y su relación con la construcción de proyectos de vida autónomos.

Sobre al primer punto, las tensiones en torno a la autonomía de las mujeres receptoras de la política pública, se identifican diferencias sustanciales entre el caso argentino y el caso colombiano. En este punto cabe recordar que ambas políticas se configuran como prestaciones destinadas a los niños/as de los hogares, quienes reciben los recursos a través de sus cuidadores/as principales, de manera más extendida, sus madres. Es decir que las mujeres madres perciben el recurso en calidad de cuidadoras mas no a título personal, lo que constituye una de las características centrales de las PTC en la región.

Teniendo esta claridad presente, para el caso argentino, se evidencia como elemento común cierto crecimiento en la autonomía de las mujeres a partir de la incorporación en la AUH, sobre todo, vinculado a la toma de decisiones en torno a consumos, gastos y disponibilidad de dinero al interior de las organizaciones familiares. En ese sentido, sin desconocer que a través de estas prácticas se consolidan las responsabilidades femeninas en torno al cuidado, sí se logra identificar cierta transformación, sobre todo, en el plano de las relaciones de pareja con los varones adultos dentro de la familia. Se afirma que esto no implica un ejercicio de libertad plena de las mujeres como sujetos autónomos, pero sí aporta al crecimiento de los márgenes disponibles en la toma de decisiones hogareñas, elemento muy valorado, sobre todo, entre las mujeres argentinas:

Entonces sí creo que esto nos da autonomía, no lo cobramos para nosotras, pero sí te hace sentir más útil. Si necesitás arreglarte los dientes, no le tenés que pedir a tu marido. Si un mes los chicos no necesitan cosas para la escuela, a esa plata la puedo usar para comprar mercadería, comprar un yogurt, un dulce de leche sin pedirle a mi marido. Eso me hace sentir útil. Tengo una platita, que es de los chicos, pero la uso yo, la administro yo, entonces no tengo que pedirle a él para mis cosas o las cosas de los chicos. Eso te da tranquilidad (Gladys, Argentina, comunicación personal, 2023).

La administración de un dinero que, a pesar de no presentarse como propio, es manejado por las mujeres adultas del hogar, aumenta sus márgenes de autonomía en el marco de las relaciones familiares, aún sin modificar, de ninguna manera, la división sexual del trabajo. Asimismo, cabe destacar que estos márgenes mínimos se logran a partir del incumplimiento de las normas que establecen los PTC. Es decir, no es el diseño de la política pública en sí lo que permite a las mujeres tomar decisiones al interior del hogar, sino su propia transgresión a las reglas instituidas lo que decanta en sensaciones de mayor libertad y bienestar.

En adición, se comprende que esta dinámica se relaciona con características centrales de la AUH que resultan claves en términos de su capacidad de protección: su periodicidad y sistematicidad en los pagos. Estos rasgos habilitan a las receptoras del recurso la oportunidad de prever con precisión en qué momento recibirán el dinero, cada cuánto y qué montos, lo que se traduce en la organización de la vida cotidiana en posibilidades crecientes de planificación y toma de decisiones, sobre todo, de prácticas de consumo.

En contraposición, para el caso colombiano, ese margen de autonomía femenino es mucho menor: las mujeres, también receptoras del recurso en calidad de madres y cuidadoras principales, no saben

cuándo van a recibir el dinero, por cuánto tiempo, hasta cuándo, o incluso, qué monto. Es así cómo, a pesar de que, *per se*, la disposición de un recurso material otorga cierta independencia al interior de la organización doméstica, esta es considerablemente menor frente al caso argentino y se presenta como un evento esporádico y/o circunstancial, mas no como una transformación significativa de la autonomía y el bienestar personal.

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

La segunda idea emergente en torno a las desigualdades existenciales refiere a la posibilidad de desarrollo y crecimiento de las infancias. En este escenario, la primera continuidad identificada refiere al reconocimiento que hacen las familias de la oportunidad que brindan las PTC para sostener las matrículas de los niños/as durante la educación primaria y secundaria o bachillerato según el caso, coherente con otros estudios como los de Benson (2012) o Fiszbein y Schady (2009), al tiempo que el mantenimiento constante de controles sanitarios. Para el caso argentino, se identifica un aporte monetario que garantiza, sobre todo, recursos de vestimenta y alimentación de los/as niños/as durante su período escolar; mientras que entre las familias colombianas se reconoce, más bien, una garantía en torno a gastos directos de matrícula en las instituciones educativas y de recursos escolares.

Como se desarrolló en publicaciones previas (Aguirre, 2024), esta permanencia de las infancias en instituciones de primer nivel, educativas y sanitarias, convive, en ocasiones, con afecciones vinculadas a la insuficiencia material para resolver necesidades básicas, tales como alimentos o condiciones habitacionales. Asimismo, a partir del trabajo analítico, se identifica, también, que esa permanencia y egreso, particularmente en las instituciones educativas, no se relaciona de manera directa con posibilidades de crecimiento y/o desarrollo autónomo en edades más avanzadas. Por el contrario, con especial énfasis en las familias colombianas, se reconoce una trayectoria en común marcada por los siguientes hitos: los/as niños/as finalizan sus estudios, de manera automática se interrumpe la protección ofrecida por la política pública y se encuentran con un mercado de trabajo que les resulta sumamente expulsivo, al tiempo que con escasas ofertas de educación superior accesibles:

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

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

Asimismo, en esta dinámica se comprende, también, que opera una construcción de sentidos tendientes a naturalizar la responsabilidad individual de los jóvenes en revertir y/o enfrentarse a estructuras sociales desiguales. En tanto se asume que hubo una apuesta del Estado por ampliar las posibilidades de desarrollo individual a partir del fortalecimiento de capacidades y competencias productivas de los/as niños/as, los ahora jóvenes corren con la tarea, devenida en esfuerzo individual, de superarse a sí mismos, enfrentar desigualdades estructurales y posicionarse de manera ascendente en la escala social.

Políticas de transferencia condicionada y pobreza

Finalmente, en este apartado se analiza la relación entre las políticas AUH y FeA y la pobreza, en tanto dimensión constitutiva de la cuestión social. El desarrollo de la primera fase de la investigación permitió operacionalizar la relación entre pobreza y salud pública a través de tres fenómenos claves: la seguridad alimentaria, el hábitat y el acceso al agua potable. En este documento se prioriza el análisis en torno a los dos primeros, ya que no se reconocieron transformaciones significativas en cuanto al acceso al agua a partir de las PTC.

En torno a la seguridad alimentaria, se identificó, como primer elemento en común, que los recursos provenientes de las PTC aportan a la compra de ciertos alimentos, pero estas no garantizan una alimentación

completa y balanceada para toda la familia. El elemento que permite comprender esta insuficiencia se relaciona, directamente, con el monto de las prestaciones, que resulta escaso para sostener, de manera permanente, el acceso a bienes plenamente mercantilizados como los alimentos.

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

Frente a la insuficiencia de recursos que permitan que cada miembro familiar acceda a la calidad y cantidad de alimentos que requiere, se desarrollan diversas estrategias de reproducción motivadas por optimizar la calidad, frecuencia y cantidad de la alimentación. La más recurrente de estas se vincula a la suplantación de algunos tipos de alimentos por otros, en una búsqueda de disminuir costos, lo que decanta en una mayor exposición a dietas no saludables y sus consecuentes costos a nivel salud (Kovalskys et al, 2020).

Una segunda estrategia, puntualmente en el caso argentino, refirió al apoyo de redes vecinales, familia extensa u organizaciones comunitarias o estatales en situaciones de agudización de la pobreza, por ejemplo, durante los meses de reclusión a raíz de la pandemia por COVID-19. El tercer sector aparece ya sea resolviendo el acceso a alimentos de manera directa o mediante prácticas de organización de las compras y reparto. En el caso colombiano, en cambio, la alimentación se resuelve, mayoritariamente, hacia el interior del hogar y entre los miembros que conforman la familia nuclear tradicional.

Como última estrategia, se identifica que, en situaciones de escasez aguda de alimentos, las familias recurren a prácticas de mendicidad. Esta es una práctica que, por un lado, se reconoce en ambos países y que, por el otro, se evita y aparece, siempre, como última alternativa, alternativa que se experimenta con emociones de vergüenza y desesperación. Incluso se identifica que lo que motiva a las adultas del hogar a recurrir a la mendicidad es, exclusivamente, la falta de alimentos para

los/as hijos/as pequeños/as, mientras que, si el alimento alcanza, con lo mínimo, para ellos/as, se desarrollan otras prácticas de distribución prioritaria al interior del hogar para evitar pedir alimentos en mercados o en la vía pública.

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

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

Asimismo, en ese marco de inestabilidad, se reconoce que son las mujeres adultas las que más sufren la inseguridad alimentaria y que en esta dinámica tiene un lugar importante el enfoque condicionado de las políticas de estudio que consolidan la división sexual del trabajo y la prioridad sobre las infancias a la hora de distribuir los recursos de alimentación. Se reconoce que, frente a la necesidad de optimizar el uso y consumo de alimentos, las mujeres adultas del hogar, encargadas principales de organizar, administrar y preparar los alimentos, toman decisiones motivadas por dos argumentos: en primer lugar, son los/as niños/as quienes necesitan mayor cantidad y calidad de alimentos porque están en proceso de crecimiento y desarrollo y porque ellas son las responsables de mantener niveles de nutrición adecuados que deben ser demostrados en cada control sanitario a los agentes estatales.

En segundo lugar, se argumenta que, frente a la necesidad ineludible de contar con otros ingresos económicos, se prioriza la ingesta de alimentos de aquellos que lo garantizan, mayoritariamente, por fuera del hogar: los varones adultos. En ese sentido, las mujeres permanecen últimas en el orden de prioridades a la hora de distribuir los recursos de alimentación, lo que resulta coherente con los aportes de Cena y Dettano (2020), en torno a las emociones de abnegación y postergación que las PTC consolidan en las experiencias vitales de las mujeres titulares. En ambos países, esto se traduce en la disminución del número de comidas

que ellas realizan, con diferencias en la comida priorizada: para el caso colombiano, las mujeres adultas eligen priorizar el almuerzo mientras que, en el caso de las argentinas, la cena. El resto de las comidas, usualmente, se suplantán por alimentos con menos calidad nutricional, como infusiones, aguapanela, mates y panes.

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

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

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

venideras, expresándose en mayores riesgos de padecer sobrepeso, obesidad y/o malnutrición.

En cuanto a las condiciones habitacionales, se proponen dos ideas centrales: por un lado, como elemento común entre las familias titulares de las PTC en ambos países se percibe al hábitat como inadecuado y, en ocasiones, se identifica como una condición que, de manera directa, genera padecimientos de salud. De manera más extendida, tanto en el caso argentino como en el colombiano, esa insatisfacción con la vivienda se vincula con la disponibilidad de espacios amplios y suficientes de acuerdo con el número de habitantes. Las familias refieren compartir habitaciones entre varias personas, lo que se complejiza aún más cuando estas se habitan por generaciones diferentes dentro del hogar, como hijos/as con sus padres y/o abuelos/as.

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

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

Como segundo elemento de análisis, se comprendió que, a pesar de que las condiciones habitacionales iniciales resultan similares, la intervención de las políticas públicas y las posibilidades de mejora habitacional que estas ofrecen presentan diferencias sustanciales. En el caso argentino, se reconoce que, en el marco de la AUH, las familias hacen uso de ofertas de crédito estatales que, periódicamente, se ofrecen para sus beneficiarios/as con el objetivo de optimizar las condiciones habitacionales. Estos créditos toman diferentes formas de acuerdo con el año, algunos constituyen directamente un desembolso de dinero que la familia puede

utilizar como desee y otros constituyen préstamos en especies, que habilita la compra en ferreterías o comercios especializados en construcción. Cualquiera sea la opción, estas resultan estrategias complementarias a la AUH y se caracterizan por condiciones financieras considerablemente más accesibles que las de un banco, ya sea en torno a las tasas de interés fijas y bajas o en los plazos de devolución del dinero.

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

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

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

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

Conclusiones

A los fines de presentar las conclusiones de este ejercicio, cabe recordar, inicialmente, que, si bien se anticipó que el horizonte epistemológico de esta investigación no pretendía extrapolar los hallazgos a la totalidad regional, sí resulta válido recuperar estos saberes en torno a los casos estudiados para propiciar reflexiones en torno al modelo asistencial en clave latinoamericana. En ese sentido, se presentó como argumento central que el modelo condicionado de asistencia funciona como un dispositivo extendido desde inicios de siglo a lo largo y ancho de la región, al tiempo que comparte, en todos los países que lo adoptaron, características operativas, fundamentos técnicos y políticos, al tiempo que fuentes de financiamiento sumamente similares entre sí. De esa manera, sin pretender una generalización, inabarcable metodológicamente para este estudio, se propone que las conclusiones que aquí se presentan pueden ser útiles no solo para comprender en profundidad los dos casos bajo investigación, sino también para propiciar reflexiones en torno a la asistencia social a nivel regional y para generar inquietudes en relación con las particularidades de cada caso nacional frente a un modelo isomórfico de políticas sociales.

Con esta premisa, a lo largo del documento se presentaron hallazgos analíticos de la investigación que permiten argumentar una idea emergente: el modelo latinoamericano de políticas asistenciales condicionadas, específicamente en los casos particulares de Argentina y Colombia, no protege integralmente los procesos de salud-enfermedad de la población en tanto no transforma de manera significativa la desigualdad, en este caso, existencial, y la pobreza en los escenarios familiares. En ese sentido, se desarrollaron hallazgos clave que constituyen el aporte fundamental del ejercicio investigativo: en primer lugar, se reconoce que la transferencia de recursos monetarios amplía de forma particular los márgenes de autonomía con que las mujeres habitan las relaciones familiares, aún sin problematizar ni transformar la división sexual del trabajo que las posiciona como cuidadoras principales. De esa forma, se concluye que esta ampliación radica en la potencialidad otorgada a las mujeres como consumidoras, más no representa una verdadera transformación en cuanto a posibilidades de bienestar personal, construcción de proyectos de vida autónomos y/o redistribución de la carga de cuidados.

Esto resulta coherente con los principios que fundamentan este modelo a nivel regional presentados en el documento. Las PTC priorizan la transformación de sus sujetos destinatarios a través del fortalecimiento en su capacidad de consumo inmediato, al tiempo que prefieren que sean las mujeres adultas las administradoras de este recurso valiéndose de estructuras familiares transversales en la región que consolidan el cuidado como una responsabilidad innata femenina. En contraposición

a la generación de prácticas de protección a la salud o de distribución del cuidado, las PTC fortalecen al mercado como espacio de resolución prioritaria de necesidades y a las mujeres adultas como trabajadoras indiscutibles del cuidado.

Otra es la dinámica que permite comprender las trayectorias personales de las juventudes en relación con el modelo condicionado. En coherencia con la apuesta del fortalecimiento del capital humano de las poblaciones pobres, se reconoce que las PTC logran cumplir la meta de sostener la escolaridad y los controles sanitarios durante la infancia. Esto no resulta una novedad, en tanto la literatura en torno a las PTC en la región ya ha señalado que, aún mediado por complejidades en el acceso a estos servicios, este modelo incide favorablemente en las tasas de escolaridad y vigilancia sanitaria.

Sin embargo, sí se destaca, a raíz de esta investigación, que la re-familiarización y re-mercantilización de la resolución de necesidades aparecen como una constante una vez que las trayectorias educativas obligatorias se finalizan. De esa manera, la promesa que asegura que, a mayor capital humano, mayores oportunidades en el futuro tendrían las poblaciones de incrementar su calidad de vida, queda trunca. Se torna explícito que la superación intergeneracional de la pobreza, segundo objetivo de las PTC, no encuentra asidero en tanto este modelo de política social se sostiene en un proceso de responsabilización individual de las condiciones materiales de vida. Educación y salud se transforman, de esa manera, en espacios de inversión donde el Estado aporta en grados mínimos y, luego, los sujetos deben asumir la tarea individual de capitalizarse y procurar, así, escalar en posiciones que se mantienen estructuralmente inalteradas.

En este orden de ideas, se concluye, también, que la asistencia condicionada no atenúa las condiciones de pobreza de su población destinataria y sus consecuentes padecimientos a nivel sanitario. Esto se reconoce tanto a nivel de seguridad alimentaria, que no se garantiza ni en cantidad ni en adecuabilidad de los alimentos disponibles, como a nivel habitacional, en tanto se traslada, con grados diferentes de participación estatal, su resolución al mercado financiero. Nuevamente, en esta dimensión, son las mujeres adultas las que cargan con el daño mayor: a través de la condicionalidad y la supervisión de agentes estatales, se fortalece la prioridad de las infancias en la distribución de alimentos, al tiempo que la escogencia de la alimentación de aquellos que sí participan en el mercado de trabajo remunerado: los varones del hogar.

De esa manera, a través de esta investigación se aporta en el reconocimiento de grados contradicciones que este modelo conlleva en la intervención sobre la cuestión social: sus limitaciones en materia de redistribución real de la riqueza, su carga central en materia de género y de

fortalecimiento de la división sexual del trabajo y la inconveniencia de la figura de la condicionalidad para garantizar protección a las poblaciones especialmente vulnerables. Asimismo, se reconocen claves analíticas que, en cada caso, permiten comprender las diferencias de grado y agudeza con la que estos procesos se experimentan en cada país: su periodicidad, su sistematicidad, la amplitud de los montos transferidos y sus relaciones con otras prestaciones sociales, tales como servicios de educación y salud.

Partiendo de estos argumentos, se concluye, entonces, que este modelo de intervención sobre la cuestión social tiene escasa potencialidad para el sostenimiento de vidas saludables, al tiempo que logra consolidar sentidos en torno a los roles mínimos del Estado en la protección social y la centralidad del espacio familiar como responsable primario de las condiciones materiales de vida. A los fines de fortalecer los procesos de salud pública y la protección real de la vida, se torna necesario otro modelo de política social que renuncie a la consecución de garantías y bienes mínimos para poblaciones estratégicamente seleccionadas y controladas a través de dispositivos condicionales. Las características, diseños y principios necesarios en un modelo alternativo y superador de políticas asistenciales congruentes con el cuidado de la vida y de la salud emergen como los grandes interrogantes pendientes luego de este ejercicio investigativo, que demandará esfuerzos que exceden los límites de este estudio. Sin embargo, incipientemente, es posible asumir la pertinencia de mecanismos de protección que, a través de prestaciones universales, individuales, permanentes, sistemáticas e incondicionadas, sean capaces de transformar de manera significativa las formas en las que la desigualdad y la pobreza afectan los procesos sanitarios.

Referencias

- Aguirre, Micaela (2022). Desigualdad, trabajo y salud pública: relaciones teóricas y determinaciones vitales. *Revista Pares*, (2), 270-299.
- Aguirre, Micaela (2024). Trabajo precario, trabajo de cuidados y sus expresiones en salud pública: ¿cuánto y cómo protege la asistencia social latinoamericana? *Itinerarios de Trabajo Social*, (4), 61-71.
- Benson, Allison (2012). Efectos de Familias en Acción sobre la calidad de la oferta educativa. *Desarrollo y Sociedad*, (70), 51-91.
- Castel, Robert (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós
- Ceballos, Olga (2018). Los derechos de la infancia y las políticas públicas. Reflexiones sobre la incidencia del hábitat en los asentamientos de origen informal en Bogotá. *Territorios*, (38), 167-189.

- Cecchini, Simone (2014). Educación, Programas de Transferencias Condicionadas y protección social en América Latina y el Caribe. En Feijoó, María y Poggi, Margarita (coords.), *Educación y políticas sociales: sinergias para la inclusión* (pp. 49-84). Buenos Aires: UNESCO.
- Cecchini, Simone y Madariaga, Aldo (2011) *Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*. Cuadernos de la CEPAL. N° 95. Santiago de Chile: CEPAL.
- Ceminari, Yanina y Stolkiner, Alicia (2018). El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Cena, Rebeca (2016). Programas de Transferencias Condicionadas de Ingresos: hacia una problematización teórica a partir del caso latinoamericano. En De Sena, Angélica (dir.), *Del ingreso universal a las “transferencias condicionadas”, itinerarios sinuosos* (pp. 115-138). Buenos Aires: Estudios sociológicos Editora.
- Cena, Rebeca y Dettano, Andrea (2020). Emociones en torno a los cuidados sociales mediados por las políticas sociales. Entre el deber moral y la postergación. *Investigación y Desarrollo*, 28(1), 68-103.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2024). *CEPALSTAT. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas*. <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es>
- Corbella, Virginia y Calle Espinosa, Yhelin (2017). Políticas de transferencias monetarias condicionadas: caso Argentina y Colombia. *Investigación & Desarrollo*, 25 (1), 135-164.
- Dallorso, Nicolás (2013). La teoría del capital humano en la visión del Banco Mundial sobre las Transferencias Monetarias Condicionadas. *Estudios Sociológicos*, 31(91), 113-139.
- Dallorso, Nicolás (2014). La teoría del Capital Humano y el Enfoque de Capacidades como fundamentos teóricos de las Transferencias Monetarias Condicionadas. *Rethinking Development and Inequality*, 3, 43-67
- Domínguez Mon, Ana (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Revista Salud Colectiva*, 13(3), 375-390.
- Fiszbein, Ariel y Schady, Norbert (2009). *Conditional cash transfers: reducing present and future poverty*. Washington: World Bank Publications.

- Food and Agriculture Organization of the United Nations (2020). *The State of Food Security and Nutrition in the World*. Roma: FAO.
- Garcés, Laura et al. (2016). Construcciones de sentido en torno a las políticas sociales de transferencia de ingresos: una mirada en perspectiva regional e histórica. En *III Foro Latinoamericano de Trabajo Social*, La Plata, Argentina.
- Glasser, Barney; Strauss, Anselm (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: APC.
- Gómez, Rubén (2012). La noción de 'salud pública': consecuencias de la polisemia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1), 101-116.
- Grassi, Estela (2019) Neoliberalismo y sentido común. Despolitización y repolitización de la cuestión social. *Argumentos. Revista de crítica social*, 21, 384-411.
- Holzmann, Robert y Jorgensen, Steen. (1999) *Social protection as social risk management*. Washington, DC: The World Bank.
- Holzmann, Robert y Jorgensen, Steen (2003). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 21(1), 73-106.
- Kovalskys, Irina et al. (2020) La pobreza como determinante de la calidad alimentaria en Argentina. Resultados del Estudio Argentino de Nutrición y Salud (EANS). *Nutrición Hospitalaria*, 37(1), 114-122.
- Mallardi, Manuel (2013). Cuestión Social e individuo: Aproximación a las tendencias contemporáneas de intervención sobre los problemas sociales. *Revista Escenarios (19)* 4, 41-49.
- Morales-Borrero, Carolina et al. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones prácticas. *Revista de salud pública*, 15(6), 810-813.
- Nemiña, Pablo, y Echandi, Julián (2020). De la red al piso de protección social: la trayectoria de la política social en los Organismos Multilaterales. *Conjuntura Austral*, 11(55), 51-62.
- Paz, Jorge (2010). *Programas dirigidos a la pobreza en América Latina y el Caribe. Sustento teórico, implementación práctica e impactos sobre la pobreza en la región*. Buenos Aires: CLACSO.
- Rodríguez Enríquez, Corina (2011). Programas de transferencias condicionadas de ingresos e igualdad de género ¿Por dónde anda América Latina? *Programa de Cooperación Técnica CEPAL-AECID 2009-2010. Serie Mujer y desarrollo N° 109*. División de Asuntos de Género. Santiago de Chile: CEPAL.

- Salas, Marcelo (2021). Dificultades de institucionalización en programas sociales en la Argentina. *Revista Estado y Políticas Públicas*, 15, 147-164.
- Salas, Marcelo (2018). *Proceso de legitimación y homogenización de programas de lucha contra la pobreza en América Latina. Estudio de casos de Programas de Transferencias de Ingresos Condicionadas*. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales. FLACSO Argentina.
- Salas, Marcelo (2011). Isomorfismos en los programas de lucha contra la pobreza. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 3(4), 55-71.
- Therborn, Goran (2013) *La desigualdad mata*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vasilachis de Gialdino, Irene (coord.) (2006) *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Vizcarra, Ivonne (2008). Entre las desigualdades de género: un lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre. *Argumentos*, 21(57), 141-173.

