

La inserción de terapias no-biomédicas en los intersticios del sistema oficial de salud de la ciudad de Buenos Aires: el nuevo voluntariado terapéutico.

María Mercedes Saizar, Marina Bordes y Mercedes Sarudiansky.

Cita:

María Mercedes Saizar, Marina Bordes y Mercedes Sarudiansky (2011). *La inserción de terapias no-biomédicas en los intersticios del sistema oficial de salud de la ciudad de Buenos Aires: el nuevo voluntariado terapéutico. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/749>

La inserción de terapias no-biomédicas en los intersticios del sistema oficial de salud de la ciudad de Buenos Aires: el nuevo voluntariado terapéutico

Autores: Mercedes Saizar, Mariana Bordes, Mercedes Sarudiansky

CONICET/Centro Argentino de Etnología Americana/Instituto Universitario Nacional del Arte, CONICET/Centro Argentino de Etnología Americana/Universidad de Buenos Aires, CONICET/Centro Argentino de Etnología Americana/Universidad Nacional de San Luis

marianabordes@yahoo.com.ar

m_saizar@yahoo.com

msarudi@gmail.com

Resumen:

El presente trabajo tiene como objetivo analizar una modalidad específica de acuerdo a la cual una serie de terapias no-biomédicas acceden al sistema público de atención de la salud de la ciudad de Buenos Aires. Se trata del *voluntariado terapéutico*, vía avalada institucionalmente que habilita al ingreso en el espacio sanitario oficial de distintas disciplinas (yoga, bioenergética, *tai chi chuan*, cuencos tibetanos, entre muchas otras) formalmente excluidas del sistema. Para ello, centraremos nuestra atención en las dinámicas que se configuran en el marco de la oferta de talleres interdisciplinarios que son promovidos en un conjunto de hospitales de agudos de nuestra zona de estudio. Nuestras elaboraciones se encuentran agrupadas en dos ejes principales: el primero refiere a un nivel descriptivo de la inscripción institucional de estos talleres así como una caracterización de la oferta, y el segundo a las negociaciones y conflictos que emergen entre los nuevos voluntarios, y otros actores sociales que participan del mismo espacio institucional. Cabe destacar que el trabajo de campo a partir del cual se recabaron los datos primarios de este trabajo se inscriben en un proyecto de investigación más amplio, e incluye hasta el momento la observación participante en diferentes talleres, y entrevistas abiertas a las autoridades a cargo de la organización de las actividades, así como a los voluntarios.

Palabras clave: terapias no-biomédicas, talleres hospitalarios, voluntariado, Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN

La temática relativa a la intervención directa de la sociedad civil en diferentes ámbitos de injerencia estatal ha asumido, en las últimas décadas, un interés renovado en el campo de las ciencias sociales. Este tipo de participación adquiere relevancia, en primer término, en tanto se inscribe en un contexto histórico de profundas transformaciones estructurales, tanto económicas como

políticas. La desinversión del Estado que resulta de la adopción de la doctrina neoliberal, con la consiguiente erosión de los mecanismos estatales de integración supuestos en el modelo de ciudadanía deja, entonces, un espacio abierto para que los individuos puedan apropiarse de las funciones que el Estado deja vacantes. En segundo lugar, esta irrupción de la sociedad civil en la escena pública cobra importancia en la medida en que asume rasgos diferenciales respecto de otros tipos de participación análogas registradas históricamente. Como señala Ulrich Beck (1997), las formas de participación actuales pueden ser interpretadas desde el término de “subpolítica”. Este concepto hace referencia a un proceso complejo de apertura hacia nuevas formas de politización que involucra tanto a agentes colectivos como individuales, y que se caracteriza por intentar instalar en la agenda oficial una multiplicidad de metas, muchas veces contradictorias entre sí. La principal consecuencia de lo antedicho consiste en que estas nuevas pujas terminan dificultando la posibilidad de llevar adelante una definición de los problemas que aquejan a la sociedad -y las soluciones correspondientes- desde un poder centralizado, al menos tal como éste era concebido en el marco de las sociedades industriales (1997: 34-39).

Ahora bien, en lo que concierne al ámbito de la salud, estas observaciones deben ser analizadas tomando en cuenta la especificidad que asumen en este campo. En este sentido, la intervención en las instituciones sanitarias públicas por parte del denominado “tercer sector”¹, se produce en un contexto donde el concepto mismo de atención de salud aparece puesto en cuestión. Aquí es posible mencionar diferentes discursos sociales que enfatizan la necesidad de implementar modelos capaces de abordar la problemática de la salud contemplando sus múltiples dimensiones. Por ejemplo, la propuesta en torno a la integralidad e interdisciplinariedad del cuidado, desarrollada principalmente desde Brasil (Pinheiro, 2007; Tesser y Luz, 2008), así como también las declaraciones de organismos internacionales como la OMS (2002), que buscan incluir la diversidad cultural como problemática clave a ser considerada en el contexto sanitario. Al mismo tiempo, el sector salud registra un fuerte crecimiento de demandas dispares por parte de la población. Estas demandas responden, al menos en el caso argentino, a una presión creciente de conjuntos de población empobrecidos que no pueden solventar los costos de los sistemas privados de atención, poniendo en un lugar central la temática de la accesibilidad al sistema. Pero, asimismo, algunas de estas demandas revisten la peculiaridad de que se orientan hacia direcciones novedosas –como la gestión de nuevos padecimientos como el estrés- poniendo en jaque la naturaleza misma de la oferta médica que se venía brindando desde el paradigma de atención diseñado en el marco del Estado social.

En este panorama atravesado por la complejidad, el presente capítulo tiene como horizonte de análisis el interés por dar cuenta de las características y el modo en que la sociedad civil interviene en el sistema público de atención de la salud. Sin embargo, en esta ocasión nos centraremos en la especificidad que asume una figura en particular: la de los *nuevos voluntarios*. La relevancia de esta elección se funda en los rasgos diferenciales que detenta esta forma de participación respecto de otras modalidades de inserción en el ámbito sanitario en otros períodos históricos. En este contexto, haremos énfasis en analizar

cómo desde estas nuevas formas de voluntariado se configura una serie de estrategias de ingreso de ofertas terapéuticas no-convencionales al sistema público de salud, introduciendo -de manera no reconocida oficialmente- discursos y prácticas para el cuidado diferentes a los propuestos desde la medicina oficial. Nos referimos al caso de especialistas de yoga, reflexología, biodanzas, *tai chi chuan*, entre otros, que ingresan a las instituciones hospitalarias como voluntarios. Todo ello puede ser leído como una consecuencia no deseada –retomando la noción de Anthony Giddens (2003)- de la relativa apertura estatal hacia la sociedad civil, así como también una respuesta eficaz no diseñada en términos centralizados, para responder a las problemáticas de salud emergentes de la población.

A la luz de lo antedicho, el trabajo se divide en tres apartados. En el primero, delinearemos algunas coordenadas para comprender la naturaleza de la relación entre sociedad y Estado en términos históricos. En el segundo, abordaremos las potencialidades para la participación de la sociedad civil desde la figura del voluntariado, para lo cual nos centraremos en el modo en que se reglamenta desde la legislación argentina. En el tercer apartado, nos dedicaremos a analizar el modo en que los nuevos voluntarios se inscriben en el entramado institucional de algunos hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires donde realizamos nuestro trabajo de campo, detectando pugnas, tensiones y negociaciones con otros agentes que se desenvuelven en el sector sanitario.

SOCIEDAD CIVIL, ESTADO Y SALUD: BREVE ESTADO DE LA CUESTIÓN

El estudio de las características que asume la intervención de la sociedad civil en el sector público de atención de la salud en Argentina, exige una contextualización histórica de los procesos estructurales actuales que permita dotar de sentido a las lógicas de configuración institucional, así como al accionar de diferentes agentes que pugnan por mantener o redefinir esa configuración. Aquí, el punto de partida para el análisis remite a los procesos de cambio en las formas de gestión de “lo social” que se producen desde el último cuarto del siglo XX, y que han impactado tanto en sociedades centrales como periféricas. Estas transformaciones son tematizadas de maneras distintivas de acuerdo a los enfoques teóricos que se tomen como referencia. Así, algunos autores refieren el pasaje de un tipo de sociedad “industrial simple” a una “sociedad del riesgo” (Beck, 1998). Otros hablan del modo en que una “modernidad organizada” es desplazada por una reestructuración de las relaciones sociales, políticas y económicas ante el colapso de las convenciones establecidas entre los distintos actores sociales a nivel nacional (Wagner, 1995). Mientras que académicos como Pierre Rosanvallon (1995) afirman la declinación de las “sociedades aseguradoras”, dejando paso a la emergencia de un “Estado de providencia pasivo”.

Más allá de estas especificidades conceptuales, todas las posturas coinciden en resaltar como eje común la desintegración del “pacto” entre las diversas fuerzas sociales del industrialismo, el cual se vio plasmado en el régimen político que se consolidó durante la segunda posguerra: el Estado social o de

bienestar (Ojeda, 2007: 39). En términos harto esquemáticos, esta configuración sociopolítica se propuso como una forma eficaz de re-vincular las formas de interacción social dentro de los límites geográficos del Estado-nación, fundado en una fuerte interrelación entre el sistema de gobierno que propone la democracia y el modelo de producción capitalista. En efecto, este ordenamiento logra la articulación de ambas esferas. Desde un punto de vista político, el Estado social busca encauzar el conflicto de clases a través de los canales democráticos de expresión, logrando así un doble efecto: por un lado, se echa por tierra la alternativa de la revolución socialista y, por el otro, la protesta social se encuentra institucionalmente pautada desde los marcos organizativos ofrecidos por el Estado (sindicatos, partidos políticos). Desde un punto de vista social, se orienta a construir una matriz de integración de aspiraciones inclusivas y universalizantes. Para lograr este objetivo, se instrumentan políticas económicas tales como el pleno empleo, las transferencias monetarias directas y transferencias de redistribución indirectas, como los subsidios a los productos básicos de consumo y la prestación de servicios de educación y salud. De este modo, la salud –a través de la creación de un sistema público de atención- deviene en un dispositivo que el Estado toma a su cargo, en tanto asume una parte importante del costo de reproducción de sujetos y unidades domésticas (Andrenacci, 2002).

Hasta aquí es posible observar, desde el enfoque conceptual del modelo estatal benefactor, el papel que jugó la implementación de servicios sanitarios en este período histórico, así como también podemos ver cómo las demandas de la sociedad civil terminaron siendo canalizadas. Para el caso argentino, y haciendo referencia al tema específico que nos ocupa, este tipo de ordenación sociopolítica tuvo importantes repercusiones en el modo en que se configuraron las relaciones entre sociedad civil y Estado en el marco del sector sanitario.

Uno de los períodos en la historia argentina más relevantes para analizar esta situación sea el que marca los dos primeros gobiernos de Juan Domingo Perón (1943-1955). En este período, la clase obrera se transforma por primera vez en la historia del país en un actor político central, objeto de intervención -pero también sujeto activo principal- en la configuración de las políticas públicas orientadas a la mejora de la salud. Así, la acción institucional del Estado va a incluir desde la creación del Ministerio de Salud, hasta la organización de una red de establecimientos asistenciales (como la fundación Eva Perón). Ello va a permitir el acceso de la mayoría de la población a un tipo de servicios que, hasta entonces, había sido privilegio de los sectores más adinerados, tanto en lo que hace a la calidad de las prestaciones médicas, como en lo relativo al confort en los cuidados (Testa, 2006: 225). A su vez, esta orientación que asumen las decisiones gubernamentales se verá reforzada a partir de la conformación de una vasta red de obras sociales, a través de las cuales se va a buscar consolidar la vinculación entre la inserción laboral con la atención de la salud (Fidalgo, 2008: 59), poniendo a los trabajadores de la industria en una posición privilegiada respecto de aquellos que no se encuentran contratados en relación de dependencia².

Desde el punto de vista de la participación de la sociedad civil, lo anteriormente referido va a tener una serie de consecuencias. Entre ellas, las transformaciones suscitadas en el ámbito sanitario van a marcar un giro radical –aunque no sin fisuras³- en tanto va a significar entre otras cuestiones el retiro de la escena pública de la Sociedad de Beneficencia, organismo dirigido por las damas de la alta sociedad del país y encargado –entre otras funciones- de la atención sanitaria de la mayor parte de la población. En este contexto, van a generarse nuevos canales de participación bajo la forma del voluntariado femenino en hospitales y a través de Cáritas Argentina (1950), entidad perteneciente a la iglesia católica y una de las organizaciones tradicionales del país (Bombarolo y Fernández, 2002). Estas iniciativas comenzarán a configurar un estilo de práctica voluntaria en las estructuras estatales de salud cuya especificidad – fundada en el discurso religioso de la caridad- escapa al tipo de acción participativa que va a delinarse desde las bases del movimiento peronista (militancia), mostrando la complejidad del entramado de los agentes que se inscriben en este campo.

Los años subsiguientes van a encontrarse signados por la proscripción del peronismo en tanto fuerza política, así como también una sucesiva alternancia de gobiernos democráticos y de facto, en los que la hegemonía en las relaciones de poder construida en el período anterior intentará ser reformulada (Testa, 2006). Por caso, el último de los golpes de Estado, en 1976, va a constituirse en un punto de inflexión histórico, en tanto va a marcar el comienzo del desmantelamiento del Estado social, conjugando la introducción de medidas económicas neoliberales con una fuerte represión de las demandas sociales. El advenimiento de la democracia (1983) va a traer aparejado un incremento en los niveles de participación social y política, en consonancia con un resurgimiento de los valores implicados en la ciudadanía. En este contexto, se van a crear nuevas organizaciones sociales relacionadas con la defensa de los derechos humanos, con cuestiones cívicas, y también en relación con el medio ambiente, la mujer y la tercera edad. No obstante, estas nuevas participaciones van a registrarse en un contexto de crisis, donde la hiperinflación, el desempleo, la emergencia de nuevas formas de pobreza estructural y la pérdida de los espacios de socialización propios del Estado de bienestar, van a traducirse en una complejización del panorama de intervención sobre lo social, generando nuevas demandas por parte de la población, así como también la necesidad de diseñar soluciones adecuadas. Como indica de manera pormenorizada Susana Belmartino (2005), el impacto de esta crisis en el sector salud va a redundar en los años '80 y '90 en un proceso de reforma, signado por la descentralización de la gestión hospitalaria, la desregulación de la afiliación a las obras sociales y la consolidación del sector privado de atención médica, entre otros aspectos. Ya a partir del año 2003, luego de la crisis de 2001 que significó la devaluación del peso argentino en relación con el dólar, y la caída en *default* respecto de los pagos de deuda que el país había contraído con organismos internacionales de préstamo (FMI, Banco Mundial), la política sanitaria se centra en la implementación de dispositivos focalizados de intervención, como los centros de atención primaria (APS), destinados a gestionar la salud de aquellos en situaciones de mayor vulnerabilidad.

En este contexto histórico complejo, la modalidad de participación de la sociedad civil se diversifica, a la vez que se consolida en términos del fortalecimiento organizacional. Esto se refuerza en la medida en que el Estado busca articular las tareas desarrolladas por las organizaciones de la sociedad civil con el diseño y ejecución de políticas sociales –lo cual, además, es dado como requisito de diferentes organismos internacionales, como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Bombarolo y Fernández, 2002).

En base a la reconstrucción histórica realizada, cabe la pena preguntarse por los rasgos que asume el voluntariado –es decir, una de las formas de participación de la sociedad civil que se registran de manera más activa en la actualidad- en el contexto institucional sanitario. Como dijimos, en el panorama estructural de crisis en la gestión de lo social, donde la oferta pública de servicios de salud es puesta en jaque –sobre todo en razón de la desbordante demanda por parte de la población que más se empobreció en este período- las instituciones estatales cuentan con una apertura explicitada hacia las tareas no retribuidas económicamente que ofrecen los voluntarios (las cuales cubren, en muchos casos, espacios vacíos que los propios empleados sanitarios no son capaces de cubrir: tareas de acompañamiento de los enfermos, de higienización, para brindarles alimentos, etc.). No obstante, es preciso analizar, asimismo, las nuevas orientaciones que asume el propio trabajo de voluntariado en la actualidad, en la medida en que atraviesa un proceso de diversificación que escapa a los cánones tradicionales de la caridad y la beneficencia que anteriormente lo caracterizaran. Estas tareas, ellas también, expresan un tipo de demandas de participación de la sociedad civil, que buscan alcanzar una serie de objetivos que no siempre pueden estar en consonancia con las lógicas de atención ya delineadas desde el ámbito institucional. En este sentido, se plantea la necesidad de reconstruir las dinámicas de relación entre los agentes ya consolidados en el campo de la salud, y los participantes de más reciente actividad para observar los alcances y los límites del accionar de estas nuevas lógicas de acción.

LA APERTURA (DESDIBUJADA) DE LAS FRONTERAS DEL RECONOCIMIENTO: LA FIGURA DEL VOLUNTARIO EN LA LEGISLACIÓN ARGENTINA

A la hora de analizar cuestiones referidas a la conformación del sector salud en Argentina, una parte considerable de los estudios esgrimen el concepto de *campo*. Éste es propuesto por Pierre Bourdieu (1997) para dar cuenta de una red de relaciones objetivas, que remite a un conjunto de procesos de sistematización de prácticas y representaciones, que alcanzan una estructura relativamente estable en la producción de bienes simbólicos. El estudio de estos procesos, evidentemente, supone reconocer la serie de pugnas, tensiones y negociaciones entre los diversos agentes que se disputan el monopolio legítimo de los recursos, buscando detentar una posición dominante en este espacio social. No obstante, debido a que el foco de estos análisis que retoman a Bourdieu tiende a circunscribirse a las problemáticas construidas desde la perspectiva de la intervención y las políticas públicas, los distintos abordajes terminan realizando un recorte que incluye exclusivamente a

aquellos agentes reconocidos desde el paradigma biomédico (oficial) de atención. De este modo, la reconstrucción de la red de relaciones que se establece entre sectores que representan intereses diversos -e incluso divergentes- permanece trunca. Esto es así, en tanto queda invisibilizada la posición que ocupan en las instituciones públicas los “otros” participantes, esto es, aquellos que no encajan dentro de las categorías que tradicionalmente designan al personal sanitario en el ámbito público (representado por los biomédicos, el personal de enfermería y los trabajadores sociales, principalmente).

Pues bien, en el caso de los “nuevos” participantes que registramos en el marco de nuestro trabajo de campo, esta invisibilidad aparece encubierta en parte debido a su inscripción en la heterogénea y desdibujada categoría del *voluntariado*. En un contexto donde la participación de la sociedad civil no se encuentra integrada de manera coherente con el accionar del Estado, se impone analizar el modo en que esta categoría opera y es definida, tanto desde el marco legal de la Argentina, como en las múltiples instancias en que los programas estatales la recuperan como una figura de interés.

En un primer término, cabe destacar que la figura del voluntario en la legislación argentina no obtuvo protagonismo sino hasta los comienzos de la primera década del siglo XXI. Fue a fines del año 2003 cuando se sancionó, a nivel nacional, la Ley Nacional del Voluntariado Social - 25855, que regula las actividades de quienes desempeñan “actividades solidarias”. Recién en el año 2010 esta ley fue reglamentada para su puesta en vigencia. En el año 2007, la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sanciona la Ley del Voluntariado Social 2579 de esta jurisdicción, la cual presenta características muy similares a la ley nacional, pero cuyo énfasis se encuentra puesto en la promoción de las actividades voluntarias, más que en la regulación de las mismas. Ambas leyes definen la figura del voluntario social como “... *personas físicas que desarrollan, por su libre determinación, de un modo gratuito, altruista y solidario tareas de interés general en organizaciones de la sociedad civil, sin recibir por ello remuneración, salario, ni contraprestación económica alguna*” (art. 3, ley nacional 25.855 y art. 1, inc. c, ley 2579 CABA), destacando la importancia de la regularidad de la actividad voluntaria, dado que excluye de esta denominación a las actividades esporádicas, que estén sujetas a cuestiones de intereses familiares o vecinales, o en el caso de que exista una obligación contractual de por medio.

En lo que respecta a la delimitación de las áreas de inserción de estas actividades –“organizaciones en las que se ejerce el voluntariado social”, como señalan los textos-, cabe resaltar que estas leyes no se circunscriben a ningún sector específico, sino que las actividades que se promueven pertenecen a distintos ámbitos de la esfera social. Estas organizaciones son definidas como “...*Personas de existencia ideal, públicas o privadas, sin fines de lucro, cualquiera sea su forma jurídica, que participen de manera directa o indirecta en programas y/o proyectos que persigan finalidades u objetivos orientadas al bien común y el interés general, con desarrollo en el país o en el extranjero, y cuenten o no con el apoyo, subvención o auspicio estatal*” (art. 2, ley nacional 25.855; art. 2, inc. b, ley 2579 CABA). Ello implica que la reglamentación

propuesta por parte de los organismos de legislación nacional y de la jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires carece de especificidad a la hora de señalar las áreas de participación de las actividades voluntarias, únicamente resaltando el hecho de que éstas deben ser organizaciones cuyas finalidades no se limiten al lucro, sino que promuevan un “bien común”, término lo bastante indefinido como para interpretar una amplia variedad de prácticas. Por ello, es de esperar que, dado que la salud se encuentra vinculada con la satisfacción general de las necesidades de la población, no sólo a nivel biológico, sino también a nivel psicológico y social –en toda su amplia gama-, se podría interpretar que las regulaciones presentes en las leyes citadas deberían incluir las actividades orientadas a la promoción de la salud como áreas pertinentes para tales fines. Sin embargo, ninguna regulación oficial de carácter nacional o que tengan alcance en la jurisdicción de la ciudad de Buenos Aires, regula las actividades voluntarias específicamente para el sector salud.

Esta observación reviste importancia no únicamente por un mero carácter taxativo o una cuestión puramente teórica, sino por el hecho de que el sector salud es una de las áreas donde se entrecruzan disposiciones legales que regulan las actividades de quienes ejercen su profesión en estos ámbitos, generando de este modo limitaciones ético-legales respecto de lo que está permitido o no hacer con quienes acceden al sistema. De hecho, en este sector existen regulaciones que competen a los distintos profesionales y empleados de los hospitales, a través de las leyes de ejercicio profesional, como es el caso de la Ley Nacional 17132 de Ejercicio Profesional de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las Mismas (entre las cuales se encuentran las enfermeras, los terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, ortopedistas y distintos técnicos y auxiliares de las subespecialidades médicas); la Ley Nacional 23.277 de Ejercicio Profesional de la Psicología (1985, aunque reglamentada para su aplicación en 1995) y la Ley 23.377 del Ejercicio Profesional de los Trabajadores Sociales (1985). Esto significa que en el ámbito de la atención de la salud, muy especialmente en lo que hace a los centros de salud de carácter público o estatal, el rango de las actividades competentes para cada disciplina se encuentra limitada y prefijada por las leyes que las regulan, dejando a la labor voluntaria un lugar intersticial o marginado, donde la capacidad de acción se restringe. En este sentido, el complejo entramado de derechos, obligaciones, limitaciones y regulaciones que encontramos en este sector se agudiza aún más cuando ingresamos esta nueva figura legal –la del voluntario-, cuyo accionar específico no se encuentra preestablecido y, por ende –basándonos en la ambigüedad de lo que podría incluirse bajo el rótulo “bien común” o “interés general”-, se lo habilita a una gran diversidad de actividades.

Como veremos en el siguiente apartado, las actividades voluntarias que se realizan de hecho en el sector salud ya no se restringen únicamente a la asistencia o al acompañamiento del ejercicio profesional de quienes trabajan en el hospital, sino que las ofertas se han ampliado al punto tal de que la figura del voluntario –amparado actualmente en las leyes mencionadas- ha comenzado un movimiento hacia la independencia de las prácticas puramente biomédicas⁴. En este contexto, es esperable encontrar la emergencia de

posibles conflictos resultantes de esta yuxtaposición de agentes, sectores y reglamentaciones; conflictos que se esgrimen desde la mera inclusión de estas nuevas prácticas en las áreas de ejercicio de la biomedicina –como son los hospitales públicos-, hasta los límites de intervención de éstas en los usuarios del sistema de salud.

LA INSERCIÓN DE LOS “NUEVOS” VOLUNTARIOS A NIVEL INSTITUCIONAL

En el contexto de la relativa (o ambigua) apertura que se registra desde la legislación en relación con el accionar voluntario, es menester analizar las características y el modo específico en que se insertan los voluntarios en el sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires. En este apartado, prestaremos especial atención al surgimiento de un nuevo perfil de voluntariado, el cual de alguna manera escapa a los patrones de participación de la sociedad civil hasta ahora registrados en el sector salud en el mencionado contexto de estudio.

La superposición de lógicas de cuidado en talleres hospitalarios de la ciudad de Buenos Aires

En la actualidad, la ciudad de Buenos Aires cuenta con trece Hospitales Generales dependientes del gobierno local. Se trata de unidades complejas de asistencia integral a la salud que ofrecen atención gratuita a la población de todas las franjas etarias que se circunscriben en el ámbito de su localización territorial, a través de la oferta de numerosas especialidades de la biomedicina, la odontología y el campo psicológico. Nos referimos a los hospitales A. Zubizarreta, B. Rivadavia, D. Vélez Sarsfield, F. Santojanni, Dr. C. Argerich, Dr. C. Durand, Dr. E. Tornú, Dr. I Pirovano, Dr. J. A. Fernández, Dr. T. Álvarez, J. A. Penna, J. M. Ramos Mejía y P. Piñero.

La dinámica de trabajo que se corresponde con los hospitales generales se inscribe en lo que se ha denominado segundo nivel de atención (OMS, 1978) e implica una serie de prácticas profesionales de consulta, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes en el marco de las lógicas biomédicas de comprensión de la salud y enfermedad. Al interior de estas instituciones se brinda atención médica programada y de urgencia, servicios de diagnóstico y tratamiento –tanto en consultorios externos como en salas de internación-, de múltiples especialidades de la medicina, dirigido a pacientes que requieren prestaciones de una mayor complejidad que en el Nivel I –atención primaria- y menos específica que en el Nivel III –atención especializada-.

En la última década se observa que, más allá de las ofertas habituales, han comenzado a ofrecerse en estos ámbitos diversas actividades abiertas a la comunidad, las que están por fuera de la estructura habitual de funcionamiento en lo que a su labor hospitalaria se refiere. Dichas actividades, bajo el formato de Talleres Abiertos, se plantean como parte las estrategias de apertura de la institución hacia la población. Están destinados a pacientes crónicos y sus

familias, con el objetivo central de brindar acompañamiento e información sobre distintas patologías, generando un ámbito de contención y apoyo, simultáneo al devenir del tratamiento biomédico de la enfermedad en cuestión. La coordinación de los talleres recae sobre distintos profesionales del *staff* permanente de la institución. Desempeñan tales roles psicólogos, dietistas, traumatólogos y trabajadores sociales, quienes actúan en coordinación con los especialistas biomédicos pertinentes y bajo la supervisión general de la dirección del hospital. En algunos casos, la supervisión es compartida entre la dirección del hospital y el responsable de un área específica de la institución, como puede ser el área Programática, el área de Docencia e Investigación o el área de Salud Mental.

El diseño y coordinación de tales actividades se ajusta en un todo a las formas de entender la salud y la enfermedad propias de la perspectiva biomédica. En tal sentido, replican los contenidos y lógicas del paradigma dominante, funcionando como un eje unificador y una vía de refuerzo de las indicaciones de tratamiento y de las conductas y hábitos que los especialistas intentan inculcar en sus pacientes. A su vez, se espera que estos grupos potencien la decantación de los saberes y prácticas biomédicas al interior de las comunidades en las que los participantes se insertan, amplificando el discurso propio y logrando impactar en grupos sociales más amplios, manifestando una estrategia que intenta expandir, más allá del encuentro médico-paciente, los criterios para entender y definir los estados de salud y enfermedad.

Citamos a continuación algunas de estas actividades, distinguiendo en cada caso la institución en la que se desarrollan y el contenido específico de las mismas, con el fin de ilustrar lo antedicho. En el Hospital Fernández funciona un taller de contención para el paciente obeso cuya finalidad es la de enseñar nuevos hábitos de alimentación y prácticas de cuidado del cuerpo a aquellos individuos que, habiendo sido diagnosticados como obesos mórbidos, se encuentran bajo tratamiento y supervisión de un especialista de la mencionada institución. Otro de los talleres que funciona en aquella institución, está dirigido especialmente a población de adultos mayores e intenta generar un espacio de intercambio de experiencias y fortalecimiento de las redes sociales mediante la organización supervisada de encuentros y actividades recreativas en el ámbito del hospital. En el Hospital Rivadavia se ofrece un taller de información y ayuda a pacientes que sufren Mal de Sjögren, así como otro para enfermos diagnosticados con Artritis Reumatoidea. Ambos grupos se proponen crear un ámbito de contención para el afrontamiento de las consecuencias que acarrearán este tipo de dolencias crónicas en la vida cotidiana de los sufrientes y sus familias. Por su parte, en el Hospital Álvarez se dicta un taller de guía para sufrientes de diabetes y sus familiares que, si bien brinda información sobre las características de la enfermedad, apunta especialmente a transmitir conductas y hábitos de alimentación para el paciente, que sean coherentes con la etiología de la dolencia y el tratamiento prescripto por el profesional biomédico.

Los grupos referidos, a pesar de presentarse como gratuitos y abiertos a toda la comunidad, están especialmente diseñados y destinados a pacientes bajo tratamiento permanente. Desde la institución, se definen por fuera de los parámetros de un grupo terapéutico (en el sentido de *psico*-terapéutico),

aunque comparten con ellos la condición de estructurar o delimitar las narrativas de los participantes mediante un eje discursivo que define lo sano y lo patológico, lo deseable y lo rechazable, las conductas positivas y las negativas, pero esta vez en un sentido biomédico y no meramente psicológico. Es decir, los ejes que ordenan la manera de percibirse y percibir a los demás están demarcados por las definiciones sobre el cuerpo, la alimentación, las relaciones con los otros, los hábitos de conducta, etc., impregnados por la lógica biomédica y anclados sobre un paradigma profundamente biologicista. Un participante de estos talleres se considerará sano si hace lo que el coordinador -repetiendo las consignas del biomédico- considera que es sano; si las conductas del participante reflejaran una incoherencia o un rechazo de esas pautas, entonces deberá leer su conducta como irresponsable, en tanto no es capaz de asumir su responsabilidad en el (auto)cuidado de la salud. En términos de Illouz (2010), estos grupos manifiestan una cierta heterogeneidad en su conformación –de género, edad, instrucción formal- pero simultáneamente comparten una misma narrativa temática, la que en estos casos puede ser la obesidad, el Mal de Sjörgen, la vejez o la soledad.

La oferta de talleres desde el “nuevo” voluntariado

Al interior de algunos de los hospitales mencionados, en los últimos años se ha generado una variación en el tipo de talleres ofrecidos, que no sólo amplía la oferta al aumentar la cantidad de actividades disponibles, sino que marca la emergencia de un interesante fenómeno en el campo de la salud pública. Nos referimos a un nuevo tipo de movimiento que, si bien se encuentra enmarcado en el ámbito hospitalario, posee ciertas características que lo distinguen de los que reseñáramos anteriormente. Del mismo modo que en tales casos, se trata de grupos de acceso libre y gratuito, pero que poseen una intención de cobertura más amplia, puesto que se promocionan para todos los usuarios del hospital, tanto se encuentren bajo tratamiento como si son vecinos del mismo, e inclusive si son vecinos de otros barrios u otras localidades de la región metropolitana. En este nuevo campo de ofertas, los talleres se caracterizan por la diversidad de actividades que brindan y por la novedad en lo que hace al contenido de las mismas. Encontramos así desde talleres literarios, de reflexión, de cine debate, de teatro, de escritura, tejido en telar, pintura y otra serie de actividades que pueden comprenderse como arte-terapia, así como también otras que marcan un acento cada vez mayor en el uso del cuerpo, tales como yoga, tai-chi-chuan, danzas circulares, masajes Shantala, etc. El objetivo no se focaliza en la especificidad de la atención-contención-información en torno a una patología, sino en la amplitud de una búsqueda de condiciones de vida asociadas al bienestar individual y social, en un sentido general. En otras palabras, existe un claro lineamiento que otorga preeminencia a la necesidad de destacar las potencialidades de cada participante, asociando las actividades del taller al trabajo, la comunicación, la creación de redes sociales y la mejora de la calidad de vida (Bordes, Saizar y Sarudiansky, 2009).

Esta disparidad de objetivos señala, ente otras cuestiones, las profundas diferencias en lo que hace a los marcos de comprensión del proceso de salud-enfermedad de la biomedicina respecto de las medicinas alternativas. En este

sentido, la noción de salud y de enfermedad que implican las terapias alternativas integran no sólo los aspectos micro y macro sociales de la vida de los individuos, sino una idea de persona en la que la energía –en sentido de potencia sagrada- cumple un rol fundamental tanto en la etiología de la enfermedad –por desequilibrios del monto energético- como en el reestablecimiento de la salud –por armonización del monto energético-. Como han señalado Clavarino y Yates (1995) los terapeutas alternativos generalmente afirman que la enfermedad está causada por un desbalance entre fuerzas energéticas opuestas y adhieren a una orientación holística como parte de su paradigma del cuidado de la salud.

En lo que refiere a las prácticas de coordinación que estos talleres implican, distan de los anteriores en cuanto expresamente rechazan las prácticas psicoterapéuticas asociadas a la terapia individual y a las interpretaciones psicológicas que suelen asociarse a los contextos grupales, propios de los talleres psico-educativos tradicionales. De acuerdo con la opinión de los coordinadores de estos grupos, esta nueva perspectiva favorecería una asociación del hospital a la salud, operando así un desplazamiento respecto del lugar central que históricamente han tenido la enfermedad y la muerte en estos contextos institucionales. Lo llamativo de esta nueva modalidad es que se genera una presencia cada vez mayor, en ámbitos oficiales de atención de la salud, de prácticas asociadas habitualmente a la *New Age* (biodanza, danzas circulares, meditación trascendental) e incluso algunas de ellas -de clara raigambre oriental- tales como yoga, tai-chi-chuan, cuencos tibetanos, shiatsu, reflexología, entre otras.

A partir de nuestro trabajo de campo, hemos recabado información acerca de la existencia de talleres “alternativos” en cinco de los trece hospitales generales dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Encontramos en tales espacios ofertas de terapias no convencionales, algunas de ellas consideradas, de acuerdo a los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (2002), dentro del grupo de las denominadas “complementarias” y otras definitivamente asociadas al ámbito de lo alternativo. La particularidad de estos talleres es que, además de plantear prácticas no convencionales, son coordinados por especialistas de disciplinas ajenas –incluso contradictorias- a la biomedicina. En otras palabras, la figura de los coordinadores de los talleres alternativos difiere fundamentalmente de la de coordinadores de talleres tradicionales, en tanto en este caso son personas no sólo ajenas a la institución sino ajenas al paradigma rector de la práctica hospitalaria, que logran insertarse en la institución mediante la participación activa en un colectivo de voluntarios que funciona bajo la coordinación de un especialista biomédico, el que es figura responsable frente a la institución.

Ahora bien, tal como hemos visto en los acápites anteriores, no existe aún en nuestro país una ley que reglamente, específicamente, el accionar de los voluntarios en el ámbito de la salud; menos aún uno que contemple la posibilidad de que esos voluntarios sean no simples ciudadanos dispuestos a donar su tiempo y trabajo sin recibir remuneración alguna a cambio, sino especialistas formados en paradigmas médicos distintos al dominante. Ello conlleva que en los hospitales que ofrecen este tipo de actividades, las

modalidades de inserción, aceptación y reconocimiento de los coordinadores alternativos varíe en función de ciertas características que son más atribuibles a características personales o modos de liderazgo de los coordinadores generales, que a pautas reglamentadas institucional o legalmente. Esta característica marcará gradaciones en las formas y en los grados de aceptación que los nuevos voluntarios obtendrán por parte de las autoridades y/o de los colegas biomédicos. Así, en el caso de uno de los hospitales cuyos talleres alternativos tienen mayor antigüedad, los coordinadores entrevistados hacen referencia a la “benevolencia” de los jefes de los servicios de la institución como facilitadores de la permanencia de la oferta. Allí pudimos advertir que es el área de Docencia e Investigación el que gestiona y delimita las actividades permitidas y las que no, seleccionando y autorizando a los talleristas que realizan las actividades. En tanto, en los otros hospitales, las actividades parecieran desarrollarse de un modo más independiente, recayendo la gestión y la responsabilidad en la coordinación general de los talleres y en la dirección del hospital, más que en los profesionales de los servicios o en otras áreas administrativas de la institución.

Respecto de la población que concurre a los talleres alternativos, notamos en todos los hospitales que la oferta se presenta como abierta a toda la comunidad, lo cual por supuesto no evita que en algunos de ellos prevalezca la concurrencia de pacientes estables de ciertos servicios, tales como los de Salud Mental, Dermatología, Obstetricia, Trabajo Social o Reumatología, generalmente asociado a la prevalencia de ciertas demandas de atención frente a patologías específicas. Sin embargo, el porcentaje más significativo de los participantes provienen de las inmediaciones del hospital, a partir de la difusión que los talleres alcanzan en la comunidad próxima y en las cercanías de los accesos ferroviarios, mediante la publicidad que de ellos se realiza en medios gráficos como revistas y diarios zonales, programas de radio y páginas de Internet.

En lo que refiere a nuestro objeto de interés, es necesario señalar el modo en que los denominados “nuevos” voluntarios se insertan en el sistema hospitalario. Si bien en todas las instituciones relevadas se nos informó de un mismo método de reclutamiento y selección de coordinadores, los pasos intermedios del proceso varían. En algunos casos, la búsqueda y selección de los voluntarios la realiza el coordinador general, de acuerdo con un criterio que prioriza la propuesta del postulante más allá de su titulación formal, teniendo en cuenta su disponibilidad horaria y la factibilidad de desarrollar una tarea que requiere compromisos y asunción de responsabilidad, sin la contraprestación del pago. En otros casos, es un requisito *sine qua non* que el postulante pueda acreditar un aprendizaje sistemático de la disciplina que conformará el contenido del taller, en una marcada intención de profesionalizar las prácticas no sólo voluntarias, sino fundamentalmente no convencionales respecto del paradigma biomédico dominante. En este sentido, notamos la diferencia respecto del modo en que los voluntarios tradicionales se suman a la actividad de la institución, puesto que lo hacen siempre en el contexto de instituciones benéficas que intermedian la vinculación voluntario-institución. El proceso de selección de los voluntarios alternativos presenta las mismas características que los tradicionales, dado que los antecedentes del postulante, así como su

propuesta de trabajo, deben ser refrendados por la dirección general del hospital. Una vez que los voluntarios han sido aceptados, comienza su tarea, la que será supervisada directamente por los coordinadores generales de los talleres.

En todos los hospitales donde los talleres no convencionales están presentes, éstos son coordinados en su mayoría por voluntarios. Ellos son los que, sin el apoyo económico y muchas veces desde los márgenes mismos de la institución, sostienen y hacen posible las actividades, moviéndose en un ámbito inestable, marcado por una doble marginalidad: la del ser voluntarios –y por ende no pertenecer al *staff* permanente de la institución- y la de coordinar actividades no convencionales que, por falta de legislación, se encuentra en los bordes mismos de la estructura institucional y del paradigma biomédico dominante en la actualidad.

Pugnas entre viejos y nuevos voluntarios: entre la actividad solidaria y la provisión de servicios profesionalizados.

En estos nuevos ámbitos se marca una distinción de responsabilidades y actuaciones en lo que hace al diseño, coordinación general y coordinación específica de cada actividad. En tal sentido, mientras que el diseño y la coordinación general de los grupos se asocian al ámbito de un área determinada –Área Programática o Área de Salud Mental-, la coordinación pertinente a cada actividad es desarrollada por personal externo a la institución, que realiza esta actividad de manera voluntaria y sin percibir honorarios por ello. La actividad de estos voluntarios se distingue de la de los tradicionales –generalmente asociados a distintas entidades de beneficencia-, que cumplían y cumplen un rol fundamentalmente asociado a la asistencia y acompañamiento de los profesionales biomédicos, a quienes reportan y quienes determinan el tipo de tareas que realizarán. Un ejemplo paradigmático de este tipo de ejercicio del voluntariado se encuentra representado por las Damas Rosadas⁵.

El perfil de los voluntarios habituales de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es mayoritariamente femenino, mayores de 50 años, que no poseen una actividad laboral permanente, que no están inscriptas en el mercado de trabajo, cuyo nivel de instrucción varía entre el secundario incompleto y el universitario incompleto, y que son parte de una organización benéfica que estipula las modalidades de colaboración, coordina los horarios, distribuye las tareas, etcétera. Su inserción en la vida cotidiana del nosocomio está destinada, por un lado, a brindar soporte emocional y compañía a pacientes internados que no están acompañados por su familia, pero también – y quizás fundamentalmente- a cubrir las falencias de personal permanente de auxiliares de los profesionales biomédicos, realizando tareas tales como asistir a los internados en su aseo personal, acompañar a las mujeres que han dado a luz a realizar los cuidados de los recién nacidos (p.e., cambiar pañales, bañarlos, acunarlos) entregar vestimenta para los niños de familias carenciadas, distribuir medicamentos a pacientes ambulatorios, organizar la demanda espontánea de las consultas internas, entre otras actividades. En tal sentido, dichas prácticas parecieran preservar los aspectos asociados a las etapas pre-profesionales de las áreas de enfermería y trabajo social⁶, puesto

que predominan las actividades de acompañamiento de otras profesiones, realizando tareas de cuidado pero estando inhabilitados para la toma de cualquier tipo de decisión. En tal sentido, puede resumirse la figura del voluntario tradicional como la de un asistente que desarrolla sus tareas apegado al criterio y decisión de un otro profesional. La gratuidad de sus tareas es percibida como una característica que define esencialmente su rol de voluntario. En lo que refiere a los modelos de atención de la salud, estos voluntarios inscriben sus prácticas en el contexto del paradigma dominante en la biomedicina en la actualidad, lo que los ubica en una relación de dependencia en la toma de decisiones, la que es ejecutada por los profesionales biomédicos.

La emergencia de los talleres alternativos, manifiesta –entre otros múltiples aspectos- la aparición de un nuevo perfil de voluntarios. Se trata de un grupo diverso, conformado tanto por varones como por mujeres, de edades comprendidas entre los veinte y los sesenta años, con título secundario completo, algunas veces también universitario, con estudios sistemáticos habilitantes de las disciplinas que desarrollan, con actividad laboral estable –la mayoría de las veces asociada con el ejercicio como especialistas de terapias no convencionales-, que se acercan al ámbito hospitalario a ofrecer su saber y práctica específica, percibiéndose en condición de paridad respecto de los demás profesionales que trabajan en la institución.

En estos casos, la figura del voluntario se caracteriza por una mayor actividad y participación en la promoción de nuevos espacios. Desde su perspectiva, se autodefinen como profesionales de otras formas de medicina que, si bien no han recibido aún reconocimiento en el marco de la ley que rige el ejercicio médico (la citada Ley Nacional 17132), son poseedores de un saber que los habilita para el desarrollo de las tareas asociadas al diagnóstico y el tratamiento de las dolencias. En tal sentido, la característica que los califica es la de considerarse especialistas, no asistentes al modo de las prácticas de voluntariado ya consolidadas. El hecho de no percibir un salario a modo de contraprestación, es comprendido como una condición no deseable pero necesaria, asociada a lo que describen como un reciente camino de apertura del hospital hacia formas más holísticas de comprender el proceso de salud -enfermedad.

PALABRAS FINALES

Al comienzo de este capítulo señalamos que el Estado social o de bienestar se caracterizó por responder a las demandas de la sociedad civil a partir del diseño y puesta en marcha de políticas sociales de carácter universalista. Se constituye -al menos en términos formales- en una perspectiva que priorizó la integración y la inclusión de la población en general, por sobre las marcas distintivas de quienes la formaban. La crisis de este modelo y el posterior surgimiento de lo que se ha denominado “Estado Post-social”, ha conllevado transformaciones en los modos de llevar adelante acciones de intervención sobre la realidad, tanto desde las políticas estatales como desde las prácticas vehiculizadas por la ciudadanía.

Al referirnos específicamente al ámbito de la salud, es posible observar que el pasaje de un modelo estatal a otro se traduce –entre otros aspectos- en la profundización de la brecha que separa las problemáticas que presenta la población, por un lado, y las capacidades de las instituciones sanitarias públicas para poder afrontarlas y resolverlas, por el otro. Sin embargo, este distanciamiento no puede ser explicado de manera lineal como una simple retirada del Estado, sino que se perfila más como consecuencia de un interjuego en el que se conjugan múltiples factores. Por caso, se podría pensar que el contexto social y económico que acompañó el proceso de crisis del Estado benefactor, redundó asimismo en una serie de cambios culturales que determinaron el surgimiento de nuevas lógicas de acción desde la sociedad civil. En efecto, desde la realización de actividades novedosas que aparecen agrupadas bajo la figura del voluntariado, distintos sectores toman la iniciativa más allá de las acciones emprendidas por el Estado, generando inclusive la emergencia de nuevos valores y prácticas en relación con el cuidado de la salud. Ello puede verse reflejado en cambios en las necesidades y demandas de la población las cuales -cabe arriesgar- seguirían persistiendo aún en el caso de que las políticas del Estado benefactor siguieran sosteniéndose bajo los mismos términos que en el período de la posguerra. Como parte de estas transformaciones en lo que podemos denominar los “estilos culturales”⁷ de las personas, se incluye un cambio en la noción misma de “salud” la que, desde diversos discursos sociales, pasa a ser considerada en términos de bienestar bio-psico-social, más que como mera ausencia de enfermedad. De este modo, las lógicas universalizantes y homogeneizantes que en el modelo anterior resultaban eficaces, ya no logran cubrir el amplio espectro de lo que, hoy en día, supone el “estar sano”.

Pues bien, lo antedicho se encuentra en estrecha vinculación con lo que pudimos observar en nuestro trabajo de campo. En efecto, la reciente incorporación de actividades relacionadas con medicinas no convencionales en ámbitos hospitalarios públicos refleja la existencia de: 1) un nuevo tipo de ofertas vehiculizadas desde sectores de la sociedad civil, que se constituyen en agentes a través de la figura del voluntariado, y 2) un nuevo tipo de necesidades por parte de los usuarios habituales del sistema público, para quienes la salud pasa a ser una suma de condiciones fuertemente asociadas con la calidad de vida y el bienestar. En este sentido, la aparición de una nueva oferta de talleres en el ámbito público de la salud en la ciudad de Buenos Aires manifiesta la emergencia de acciones institucionales novedosas que se articulan con formas puntuales de búsquedas de salud comprendidas en un sentido que no se circunscribe al modelo curativo de la biomedicina.

Cabe resaltar, empero, que la inclusión de estas actividades -que hemos denominado “alternativas”- no transcurre exenta de tensiones. En este sentido, se ponen en juego diversas variables que es preciso considerar, tales como la legalidad que delimita el campo de posibilidades para el accionar de los voluntarios, la reglamentación de tareas que atañen a los profesionales en lo que hace a su desempeño en la institución y, finalmente, la adherencia del Estado a una determinada lógica médica. Por consiguiente, si bien el desarrollo de los talleres se encuentra a cargo de voluntarios que -reconociéndose a sí mismos como profesionales de otras medicinas- diseñan y coordinan

actividades terapéuticas de paradigmas de cuidado ajenos a la biomedicina, no son los últimos responsables de su actividad. Por el contrario, deben responder a un coordinador general que pertenece al cuerpo estable de profesionales biomédicos de la institución. Por otra parte, la legislación se constituye en una clara frontera que limita las posibilidades de intervención sobre los cuerpos sólo a los biomédicos, reglando mediante distintas leyes y reglamentos profesionales los alcances y límites de cada profesión en el “arte de curar”.

Retomando lo anterior, podríamos afirmar que la marginalidad se constituye en el concepto clave que permite comprender el rol de los nuevos voluntarios, lo cual se debe a varias razones. Por un lado, sus saberes y prácticas terapéuticas se hallan en los márgenes del paradigma biomédico dominante. Asimismo, su adscripción como voluntarios los ubica en una condición periférica respecto de la autoridad detentada por los profesionales médicos, pero también respecto de los voluntarios tradicionales, quienes se limitan a ejercer una función de auxiliar y de acción propia. Finalmente, su lugar en la institución es también liminal, dado que permanecen allí en tanto y en cuanto los directivos acepten su propuesta, situación de inestabilidad que aparece reiteradamente en sus relatos.

En síntesis, los alcances y límites de la acción voluntaria parecieran señalar la aparición de un tipo de accionar que, surgiendo de la sociedad civil, permite dar cuenta de algunas nuevas orientaciones que surgen en torno a cuestiones como la calidad de vida y el bienestar de la población. Sin embargo, no es ésta una situación definitiva, sino el esbozo de formas de acción y resolución que tienen la particularidad de anclar en las estructuras institucionales propias de un modelo estatal en proceso de reconversión, pugnando por la construcción de nuevos espacios.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrenacci, L. (2002) *Politización perversa y segmentación social. Dos dilemas de la política social local en la Región Metropolitana de Buenos Aires*. Ponencia presentada en el Primer Congreso Nacional de Políticas Sociales, Quilmes.
- Beck, U. (1997) La reinención de la política. Hacia una teoría de la modernización reflexiva, en U. Beck, A. Giddens y S. Lash, *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*, Madrid, Alianza.
- Belmartino, S. (2005) *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Bombarolo F. y J. Fernández (2002) *Historia, sentidos e impacto del voluntariado en Argentina*, Buenos Aires, ALCALA Consultores.
- Bordes, M., M. Saizar y M. Sarudiansky (2009) ¿Hacia una nueva lógica institucional? Las modalidades de inserción de las terapias no-biomédicas en el sistema oficial de salud de la ciudad de Buenos Aires , en *Actas del XXVII Congreso de Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS)*, Buenos Aires, ALAS.
- Bourdieu, P. (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Barcelona, Anagrama.

- Castel, R. (2010) *El ascenso de las incertidumbres: Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Clavarino, A. y P. Yates (1995) Fear, Faith or Rational Choice: Understanding the users of Alternative Therapies, en G. Lupton y J. Najman, *Sociology of Health and Illness: Australian Readings*, Australia, Mac Millan.
- Douglas, M. (1998) *Estilos de pensar*, Barcelona, Gedisa.
- Fidalgo, M. (2008) *Adiós al derecho a la salud*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Giddens, A. (2003) *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Illouz, E. (2010) *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*, Madrid, Katz.
- Ojeda, L. (2007) Desafíos para una ciudadanía inclusiva en la sociedad mundializada, en P. Aronson, *Notas para el estudio de la globalización. Un abordaje multidimensional de las transformaciones sociales contemporáneas*. Buenos Aires, Biblos.
- Organización Mundial de la Salud (2002) *Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*, Ginebra, OMS.
- Pinheiro, R. (2007) Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde, en Pinheiro R. y R.A. Mattos, organizadores. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Río de Janeiro, CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO.
- Rosanvallon, P. (1995) *La nueva cuestión social*, Buenos Aires, Ediciones Manantial.
- Tesser y M. Luz (2008) Racionalidades médicas e integralidade, en *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, pp. 195- 206.
- Testa, M. (2006) *Pensar en salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Wagner, P. (1995) *Sociología de la modernidad. Libertad y disciplina*. Barcelona, Editorial Herder.

¹ Por razones teóricas que luego expondremos, preferimos hablar en términos de las organizaciones de la sociedad civil.

² De manera complementaria, cabe destacar que la preeminencia de la clase obrera como sujeto político se va a ver reforzada también por esta decisión, ya que las obras sociales van a gestionarse desde uno de sus principales órganos de representación: los sindicatos.

³ Decimos que este proceso no se encuentra exento de fisuras en tanto el retiro de la Sociedad de Beneficencia no va a significar, de modo alguno, la desaparición de las lógicas del asistencialismo en lo que hace a la relación entre políticas públicas y sectores populares. No obstante, este proceso detona el comienzo de una concepción de la salud inscripta en un orden de derecho que, si bien va a tener sus altibajos en el transcurso de la historia argentina, inaugura una nueva etapa en la organización institucional y legislativa del sector sanitario.

⁴ De hecho, como veremos más adelante, dentro la figura de los “nuevos voluntarios” en la actualidad se incluyen profesionales y especialistas formados en disciplinas que poseen una idea de salud y enfermedad que muchas veces se contraponen con la perspectiva biomédica, dominante en la mayoría de los estándares de las instituciones del sector salud en Argentina.

⁵ El Servicio de Voluntarias para Hospitales Damas Rosadas es una organización de voluntarias que ejercen su labor en las áreas de salud y educación. Su origen se remonta a fines de la década del '50, bajo el pedido de las autoridades eclesíásticas de San Isidro, para brindar asistencia al enfermo hospitalizado.

⁶ Como nota Castel (2010), el trabajo social se liberó de manera progresiva de una extensa tradición de asistencia y filantropía de origen privado y religioso. En tal sentido, la afirmación de su carácter público y el desarrollo de una tecnicidad profesional cada vez más refinada fueron los principales incentivos de ese proceso.

⁷ Este término es ampliamente trabajado por Mary Douglas (1998).