

IX JIDEEP
Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y
Ejercicio Profesional

**“Transformaciones sociales, políticas públicas y conflictos emergentes
en la sociedad argentina contemporánea”**
2 y 3 de octubre de 2014

**GT 14. Políticas sociales en Argentina contemporánea: rupturas,
tensiones y continuidades.**

Abadía, Mariana. Lic. En Trabajo Social. FTS. UNLP marabadie@gmail.com

Cuevas, Laura. Lic. En Trabajo Social. FTS. UNLP sinmaquillaje@hotmail.com

**Título: Las políticas sociales y la construcción de sujetos. Una mirada sobre
obstáculos y desafíos desde el sector salud.**

a) Introducción

El presente trabajo se plantea analizar algunas coordenadas que configuran el campo de la salud en la actualidad y recuperar reflexiones surgidas de la práctica profesional en dicho campo; entendiendo por campo a la “convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” (Bourdieu, 1997, citado en Spinelli: 276, 2010). En el campo acontecen las pujas y tensiones que constituyen la potencia de las transformaciones como también sus obstáculos. Entendemos que estos procesos devienen de tensiones que podríamos explicar por la supremacía de grupos económicos que ejercen corporativamente el control del flujo de capital al interior del sistema de salud; pero creemos que no se agota allí el análisis y las estrategias implementadas para invertir esta lógica, sino que las mismas tienen más que ver con capitales en juego, y precisamente allí es donde creemos que desde nuestro campo profesional podemos disputar. La mirada disciplinar está contenida en todo el proceso reflexivo, pero cabe señalar que no es el objetivo de este trabajo centrarnos desde allí, sino pensarnos en tanto sujeto colectivo trabajador del campo de la salud pública. Sostenemos que los procesos de reflexión se constituyen en posibilidad de fortalecimiento del actor/agente trabajador del campo de la salud como así también del actor/agente sujeto de la atención, en el que las políticas sociales desde su fase de

diseño hasta su implementación se constituyen en espacio como en herramienta de encuentro/desencuentro de los distintos actores implicados.

b) Caracterización del campo

Adscribimos a la caracterización del campo de salud que realiza Spinelli cuando señala que: “La fuerte presencia del capital económico en el interior del campo determina mecanismos de solidaridad invertidos tales como el pobre financiando al rico, o lo público financiando al seguro de salud privado. Las capacidades de pago, los costos de las prestaciones y las tasas de uso de las poblaciones llevan a los prestadores de capital concentrado a desarrollar estrategias para no comprometerse con las poblaciones sin capacidades de compra de seguros, como también a desligarse de las poblaciones que requieren prestaciones de alto costo o padecen enfermedades o problemas crónicos. Ambas situaciones quedan entonces bajo responsabilidad del Estado nacional, provincial o municipal.” (Spinelli: 2010)

Para dar cuenta de esta determinación del capital económico podemos citar entre otros ejemplos, situaciones como: convenios del subsector público con el sub sector privado para estudios de alta complejidad en lugar de proveer y mantener equipamiento de alta tecnología en el sub sector público; la inequidad en la distribución de recursos que se visualiza en destinar más dinero en trasplantes y menos en prevención y asistencia de la tuberculosis invisibilizada (entre tantas otras enfermedades evitables); la existencia de medicamentos huérfanos no rentables para la industria versus la medicalización creciente en la vida cotidiana por necesidad de mercado y no por criterios epidemiológicos.

A modo de ilustrar la equidad que caracteriza el sistema de salud argentino, cabe señalar que en Argentina el gasto total en salud representa el 10% del Producto Bruto Interno, siendo la tercera parte aproximadamente el 3% del PBI - gasto en medicamentos, y sólo el 1,9 % del PBI se invierte en salud pública gratuita¹.

En la actualidad, el escenario de la política de salud argentina muestra elementos históricos que condicionan y obstruyen, lógicas dominantes que permanecen inalterables junto con avances jurídicos y políticos que tensionan este campo de

¹ Fuente: Espacio Carta Abierta, Proyecto de salud para el Proyecto Popular

conflicto. Retomando la caracterización del sistema de salud que realiza Mario Rovere (2010), señalaremos al menos tres aspectos: es un sistema de salud fragmentado y en vías de fragmentación, que se sigue subdividiendo al interior de si mismo; con sobreoferta de factores, ya que está sobre equipado en algunas cosas y sub equipado en otras; y es un sistema que excluye, con lo cual desde el punto de vista ético y desde el punto de vista de la equidad, es un sistema que está en sobre oferta y excluye.

Intentaremos identificar tensiones significativas en los procesos de implementación de programas a partir de la promulgación de leyes progresistas que dan cuenta, como señalamos en el párrafo anterior, de avances jurídicos que van a destiempo de debates y de prácticas consecuentes con el paradigma que inspira dichas leyes.

c) Las dificultades existentes en los procesos de articulación entre la protección de derechos y la construcción de sujetos

Las decisiones de política pública y de política social desde un paradigma de enfoque de derechos de ciudadanía abren procesos de subjetivación (Stolkiner, 2010). La autora señala que “en la extrema mercantilización de nuestra época todo lo que tiene sentido para la vida humana, inclusive los seres humanos y sus órganos, pueden adquirir situación mercantil, o sea, ser colocado en el lugar de “cosa”, objetivado en función de la producción de ganancia, este proceso está en el núcleo de los fenómenos de objetivación, (...) se transforma en prácticas desubjetivantes que anulan el sujeto de derecho, por eso lo antagónico de la objetivación es la vigencia efectiva de derechos” , y contrapone a esta tendencia la centralidad del derecho a la salud como campo de realización integral de derechos, como potencia para la “subjetivación”, sosteniendo que “ cada práctica en salud debe propender a la subjetivación (...) desde las acciones singulares cotidianas de relación de los profesionales y el equipo de salud con las personas, hasta la formulación e implementación de políticas”.

Dichos procesos de subjetivación posicionan a los sujetos en otro lugar en relación a un Estado que pasa de ser excluyente a la búsqueda de mecanismos de integración desde la restitución de derechos. Estas tensiones no ocurren por fuera de una dinámica social que reposiciona al Estado en un rol intervencionista en áreas estratégicas (hidrocarburos, previsión social, AUH, avances hacia la protección de los derechos laborales). Sin embargo podemos decir que este fortalecimiento de la autonomía relativa del Estado no se traduce en decisiones políticas en el sector salud.

Entendemos por política pública al “conjunto de tomas de posición de un Estado frente a una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil” (Oslak y O’Donnell, 1976, citado en Chiara y Di Virgilio: 54, 2009), haciendo referencia tanto a la acción como a la omisión. Desde esta perspectiva, “la política social no es resultado de un proceso lineal, coherente y necesariamente deliberado de diseño, sino que es objeto de un proceso social y político que configura un campo de disputa”. (Chiara y Di Virgilio, op.cit.)

Si bien este campo de disputa permanece hegemonizado por el mercado la recuperación del Estado en las áreas mencionadas, consideramos que representa una fortaleza para el propio sector salud, en términos de piso de protección social de la población como así también en términos de imaginario que va instalando nuevos sentidos acerca de derechos, ciudadanía, inclusión. En este sentido podemos afirmar que el Estado presenta un grado mayor de autonomía relativa respecto de la década pasada siendo esta característica un elemento clave para enfrentar la racionalidad economicista dominante en el sector.

Por avances jurídicos hacemos alusión a: *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ley de Producción Pública de Medicamentos, Ley de Derechos del Paciente, Ley de Muerte Digna, Ley de Aborto no Punible, Ley de Salud Sexual y Reproductiva, Ley de Violencia de Género, Ley de Identidad de Género*. Estos marcos jurídicos resultantes de procesos de participación social, nos plantean el desafío de constituirse en políticas públicas que contribuyan a la construcción de sujetos.

Reconocemos este escenario, pero también conocemos y vivenciamos los obstáculos relacionados con prácticas y representaciones sociales dominantes en los servicios de salud como en los sujetos usuarios de los mismos, las que de algún modo refuerzan concepciones implícitas como “Estado para pobres, mercado para ricos”. Esta concepción se puede encontrar en distintos discursos, por ej.: “*si pudiera, pagaría*”, “*no quiero quitarle el lugar a otro que necesite más que yo*”, “*agradecé que te atiende gratis*”, “*no le doy la medicación porque la venden*”, “*encima que son de otro país pretenden que le demos todo gratis*”, “*si tiene obra social, que hace en el hospital*”? Estos discursos no ocurren por fuera de un contexto y de políticas de salud en tanto acciones u omisiones que exponen a los trabajadores a dar respuestas a la complejidad de los problemas sin los insumos necesarios y en condiciones críticas de trabajo.

d) En este contexto, cuáles son las posibilidades en el campo de la salud para generar condiciones que efectivicen estos procesos de restitución de derechos?

"hay valores en cada práctica cotidiana, en cada mínima práctica y gesto singular que llevan adelante los trabajadores del sector"²

A partir de lo desarrollado, las posibilidades remiten a construcciones políticas que tiendan a identificar procesos de trabajo y prácticas instituyentes que en articulación con distintos actores y planos de la gestión de las políticas, puedan configurar otras relaciones de fuerza.

En este sentido, es necesario reparar en el papel de los trabajadores en la micro política; esto implica dotar de nuevos sentidos a los procesos de trabajo, es decir, pasar del lugar de trabajador como instrumento pasivo que solo le queda aplicar decisiones tomadas por otros, a un trabajador crítico inserto en un proceso de reflexión capaz de valorar su práctica desde su potencialidad transformadora.

Este desafío, requiere, al decir de Spinelli, "nuevos y más actores de manera de hacer estructurantes otras lógicas y procesos. No es posible realizar ese cambio únicamente desde acciones de gobierno, o de gestión. Resulta necesario pensarlo y, sobre todo, realizarlo desde las singularidades que constituyen los espacios cotidianos donde el trabajo y el trabajador tienen un rol central, como también los usuarios." (Spinelli, op.cit)

En esta línea de reflexión, es necesario discutir el papel que juegan los Organismos Internacionales en las formulaciones de políticas "enlatadas" cuya problematización está prácticamente ausente al momento de la implementación.

Esta falta de problematización se expresa claramente en lo que Spinelli (op.cit) define como la "clausura simbólica" producto de las "grandes soluciones", que impiden la problematización de la situación que viven los agentes, la cual al naturalizarse obtura la posibilidad de su transformación. Entonces se pasa a depender de los efectos de "las políticas" concebidas como universales y que por lo tanto desconocen las

² Ferrandini, Dèbora (2011). Conferencia Foro de Salud en Carta Abierta. Rosario, 2011.

singularidades. En tanto estas singularidades no se conciben como punto de partida, se configura así una lógica de políticas sin sujetos, o sujetos devenidos objetos para esas políticas que fueron estructuradas en base a una racionalidad extraña a esas singularidades.

Continuando con los aportes de Spinelli, el campo de la salud tiene características propias en las que sustenta su singularidad y complejidad. El autor sostiene que “los trabajadores tienen una muy alta autonomía y los procesos de gestión son de los más complejos que presentan las instituciones de la sociedad actual. (...) se trabaja con un objeto que no se puede definir, la salud; sus organizaciones son, al decir de Mintzberg *las más democráticas de la sociedad*, dado que los niveles de menor jerarquía tienen altas dosis de autonomía; (...) se trabaja con el dolor, la vida y la muerte de las personas y los trabajadores pueden poner en juego valores e ideologías como parte del proceso de trabajo.” (Spinelli, op.cit)

Reconocer la alta autonomía del trabajador aún en tareas de bajo nivel de calificación implica incidir en los procesos de democratización de las instituciones de la salud como en la calidad del servicio de salud. Nos referimos a alta autonomía reconociendo aquellos márgenes posibles del trabajador en términos de construcción de respuestas aún en marcos institucionales normatizados y pautados jerárquicamente; considerando que los procesos de atención en salud contienen la posibilidad de prácticas y modalidades flexibles e innovadoras que atiendan la singularidad.

e) Reflexiones finales

En este trabajo, - aunque es necesario profundizar en lo referido a dificultades y posibilidades en la relación política pública y construcción de sujetos - , hemos dado cuenta de una mirada respecto de la política pública, de las políticas sociales, y de la política de salud en particular; entendemos que ésta no ocurre en el vacío ni por fuera de la puja de intereses en juego, en síntesis, es la expresión de una correlación de fuerzas en un momento histórico dado y en una determinada configuración y dinámica social.

Las condiciones actuales de este campo revelan una racionalidad dominante regida por las alianzas entre el mercado y la biomedicina, basada en lógicas productivistas y una producción de conocimiento al servicio de esas lógicas.

Ante esta realidad, los imperativos para incidir en una acumulación de fuerzas que pueda revertir dichas lógicas, son: considerar la dimensión cualitativa de las prácticas como constitutivas de las políticas y poner en juego los avances jurídicos para generar estrategias que posibiliten la efectivización del derecho a la salud.

Las leyes progresistas no construyen por si solas actores sociales, en esta construcción trabajadores y usuarios en tanto agentes juegan un papel clave en la transformación de las condiciones mencionadas. Al decir de Mario Rovere, “basta que haya alternativas para que las alternativas sean políticas”.³

Ante el poder del capital económico, “si se quiere ganar hay que tener más capitales y más y mejores jugadores que constituyan equipos capaces de instalar nuevas reglas de juego.” A esto podemos decir, que nuestro lugar como trabajadores y desde nuestra intervención profesional, está en la potencia de construcción de poder a partir de la disputa por el capital simbólico y social.

En síntesis, el desafío de la intervención profesional es generar acciones como trabajadores de la salud y con los usuarios en tanto actores sociales, para lograr políticas con sujetos.

f) Referencias bibliográficas:

Chiara Magdalena y Di Virgilio Mercedes (2009) “Gestión de la política social. Conceptos y herramientas”. Ed. Prometeo. Buenos Aires.

Ferrandini, Dèbora (2011) Conferencia “Foro de Salud en Carta Abierta”. Rosario, 2011. En www.cartaabierta.org.ar

Spinelli Hugo (2010) “Las dimensiones del campo de la salud en La Argentina”. En Revista Salud Colectiva. Buenos Aires, 6 (3):275-293, Septiembre-Diciembre, 2010.

Stolkiner, Alicia (2010) “Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente” www.medicinasocial.info. Vol.5, núm.1, pp 95-89.

³ Rovere, Mario. 2014. Palabras en la Conferencia de Apertura “La Salud Colectiva en el marco de la crisis global del capitalismo versus los desafíos por construir nuevos modelos de desarrollo, Estado y sociedad”. En el marco del Encuentro Preparatorio hacia el XIII Congreso de ALAMES en El Salvador. Buenos Aires, 21, 22 y 23 de agosto de 2014.

Rovere, Mario. Conferencia "Foro de Salud en Carta Abierta". Buenos Aires, 23 de mayo de 2010. En www.cartaabierta.org.ar