



POBREZA Y SUBJETIVIDAD. RELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE LAS FAMILIAS POBRES Y LOS DISCURSOS Y PRÁCTICAS ASISTENCIALES EN SALUD

Alicia Stolkiner*

“Only when members of a society experience structural alterations as critical for continued existence and feel their social identity threatened can we speak of crisis” (“Sólo cuando los miembros de una sociedad experimentan las alteraciones estructurales como críticas para la prosecución de su existencia y sienten su identidad social amenazada, podemos hablar de crisis”) J. Habermas (1973, pág. 3)

Resumen

El objetivo del trabajo es abordar dimensiones subjetivas de la pobreza centrandolo el análisis en las estrategias desarrolladas por los grupos familiares pobres para preservar la salud en el contexto de la reforma sectorial. Se analizan representaciones sociales de la pobreza implícitas en las políticas asistenciales de distintos modelos de estado. Se considera que las mismas son operantes en el proceso de producción de subjetividad. Se exponen resultados de dos estudios de caso realizados por un equipo interdisciplinario de investigación financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires. La metodología utilizada combina técnicas cualitativas y cuantitativas de producción de datos bajo una estrategia general de tipo cualitativo. Finalmente se incluyen reflexiones sobre la implicación de los investigadores en el proceso y la ética en la investigación de situaciones de pobreza.

Palabras clave

Pobreza / estrategias familiares / prácticas asistenciales en salud / políticas asistenciales y subjetividad

Summary

The aim of the paper is to raise the subjective dimensions of the poverty. The analysis is centered on the health care strategies of poor families in the context of the health system reform. The social representations about the poverty included in the

* Profesora de Sanitarismo de la Maestría en Desvalimiento UCES, Profesora de Salud Pública/Salud mental Facultad de Psicología UBA, Directora de Proyectos de Investigación de UBACyT.
E-mail: stolkin@psi.uba.ar



different policies are analyzed as framework because they produce effects in the subjectivity. The work includes the exposition of results of two case studies carried out by an interdisciplinary research team supported by the Buenos Aires University Secretariat of Science and Technology. The methodology combined quantitative and qualitative data production techniques under a qualitative research strategy. Finally the work includes some reflections over the researchers implication in the process and about ethic in researching poverty.

Key words

Poverty / familiar strategies / asistencial strategies in health / asistencial politics and subjectivity

Introducción

La vida de buena parte de la población mundial y de más de la mitad de la población argentina a la fecha, transcurre en condiciones de pobreza. En el caso de nuestro país, el proceso de empobrecimiento se aceleró de manera notable a partir del desencadenamiento de la crisis económica, social y política de fines de 2001. Pese a que se había iniciado con anterioridad, su fase más aguda redundó en una mayor visibilidad social del problema y en la publicitación de la falta de acceso a la alimentación como indicador más dramático. En el lapso octubre de 2001/abril 2002 se sumaron al universo de pobres 3,2 millones de personas, es decir 17.500 personas por día, producto del efecto combinado del aumento del desempleo, la caída de ingresos de los ocupados y el impacto diferencial de la inflación sobre la canasta básica de bienes y servicios (Equis, 2002).

Ya previamente, las profundas transformaciones de la década del 90 habían producido no sólo un incremento cuantitativo de la pobreza sino una transformación cualitativa, que pone en juego las identidades, fragmenta y profundiza la heterogeneidad y rompe parámetros preestablecidos de configuración de la sociedad. En su ensayo sobre la nueva pobreza, María del Carmen Feijoo (2001) señala que lo que la caracteriza actualmente es la inestabilidad de las posiciones de entrada o salida del trabajo y una trama de sostén privada y pública en efecto de desplome. Frente a esto, agrega, “es poco lo que sabemos acerca del impacto que tienen estas situaciones de alta y permanente inestabilidad en la construcción de subjetividad de los actores sociales. Puesto que su inserción es intermitente, ocasional, inestablecuál es el anclaje alrededor del cual organizan su identidad?” (Feijoo, María del Carmen, 2001, págs. 11 y 12)

El objetivo de este trabajo es abordar dimensiones subjetivas de la pobreza centrándose en las estrategias desarrolladas por los grupos familiares pobres para preservar la salud. Las políticas sociales y la accesibilidad a los servicios de salud son uno de los ejes configuradores de estas estrategias y, a la vez, productores de discursos y



prácticas que tienen efectos subjetivantes. Se hace necesario entonces analizar no sólo la condición de la pobreza sino la generación de esos discursos y prácticas relacionadas con ella, dada su potencialidad en la producción de sentido.

Tomaré como referente el proceso de investigación desarrollado por un equipo interdisciplinario que dirijo desde 1995¹. Durante seis años trabajamos en un estudio de caso en Eldorado, provincia de Misiones, y desde 2000 en la Ciudad de Buenos Aires. El objetivo general de ambos proyectos fue describir y analizar las modificaciones en representaciones y prácticas en salud de los usuarios pobres y de los trabajadores del sector salud, en el contexto del proceso de reforma del sector y las transformaciones económico-sociales del período.

En el estudio de caso de Eldorado se tomó como período temporal, para el análisis documental y estadístico, el que va de 1989 a 1999, coincidente con una década de drásticas transformaciones en las funciones del Estado y en la composición social de la población. En el estudio sobre Buenos Aires, el proceso de investigación coincidió con el desencadenamiento de la “epicrisis” social, económica y política que culminó en diciembre de 2001 e inauguró un período de aceleración de la tendencia, ya marcada previamente, al empobrecimiento de más de la mitad de la población del país. Debido a esto se incorporaron al análisis del proceso de reforma del sector salud las variantes referidas a la declaración de emergencia sanitaria y se intentó la construcción de indicadores de cambios rápidos en los perfiles epidemiológicos.

La estrategia metodológica desarrollada se basó en el intento de producción de articulaciones (propia de los abordajes interdisciplinarios) y la adscripción a principios epistemológicos propios de las estrategias cualitativas (cuestionamiento al concepto de “objetividad” científica, incorporación de la reflexividad en el proceso de investigación, cuestionamiento del concepto de causalidad).

Siguiendo la metodología de Rolando García (García, R. 1986 y 1989) se incorporaron distintos campos disciplinarios (economía, epidemiología, psicología y sociología) y se trabajó simultáneamente con varios niveles de análisis. Se delimitaron un nivel macrocontextual (transformaciones económico sociales a nivel nacional, reforma del estado, reforma del sector salud), un nivel de metaprocesos (especificidades locales del proceso) y un nivel de procesos básicos en el que centraba la investigación y que refería a representaciones y prácticas de los actores (o agentes) previamente definidos.

¹ Se trata del equipo de investigación de la II Cátedra de Salud Pública/Salud mental de la Facultad de Psicología de la UBA. Hemos desarrollado dos proyectos trienales, y está en curso el tercero, financiados por la secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA. También hay dos proyectos financiados por el International Development Research Center de Canadá.

Acorde con esta estrategia, las técnicas de producción de datos combinaron análisis documental y estadístico de fuentes secundarias, encuestas con muestreo aleatorio y entrevistas en profundidad. En el primer estudio de caso se incorporó personal de los servicios de salud al equipo de investigación, con lo cual se logró una transferencia inmediata durante el proceso. La triangulación entre técnicas cualitativas y cuantitativas se realizó con una estrategia general de corte cualitativo, tal como se definió anteriormente. Se trataba de abordar, al mismo tiempo, las regularidades objetivas y el proceso de interiorización de la objetividad con arreglo al cual se constituyen los principios transindividuales y subjetivos que los agentes incorporan a sus prácticas (Bourdieu y Wackant, 1995).

Los resultados y conclusiones de este proceso de investigación se han expuesto en sucesivas publicaciones y presentaciones en congresos, pero hay siempre un remanente no desarrollado en las preguntas y reflexiones que suscita un sostenido contacto en terreno. A los fines de este trabajo, me interesa retomar las reflexiones y preguntas que se suscitaron en la interacción con sujetos cuyas vidas transcurren en esa condición que es definida como “pobreza”. Los remanentes no pautados de la investigación incluyen también, como elementos de análisis, el efecto que la interacción produce en los investigadores, particularmente en los jóvenes estudiantes que participan en el trabajo en terreno.

Representaciones sociales de la pobreza y políticas de los estados

..“No hay nada más heterogéneo que la pobreza. Porque en la pobreza, más que lo que les pasa a los pobres, es importante descubrir todo lo que los pobres hacen” ...

Alicia Torres de Torres (2000)

La pobreza se define, necesariamente, por comparación con “otros”. En la precariedad de su existencia, los primeros humanos difícilmente se identificarán como pobres o fueran identificados como tales. La pobreza implica la carencia de algo que existe y a lo cual “otros” tienen acceso; por ende, construcción de alteridades. La condición constitutiva de la “pobreza” es la desigualdad en la participación en la riqueza social.

En la medida en que la palabra “pobreza” convoca una especie de comprensión inmediata, resulta interesante reflexionar sobre la diversidad de sentidos en que se desliza. Dice al respecto Horacio González: “como concepto es altamente proliferante. No pertenece a ningún cuerpo teórico en particular y tiene a su alcance la posibilidad de ingresar problemáticamente en los más diversos ordenamientos conceptuales. Lo llamamos proliferante para advertir esta característica que lo coloca muy cerca de lo



que podemos llamar "visiones del mundo". Concluye que la diversidad ideológica del concepto determina su transversalidad y lo convierte en un yacimiento de subjetividades muy diversificadas (González,H.,1995, pág285).

Es necesario reconocer que la condición de pobreza no borra las diversidades. Además de cuantificarla y reconocer sus carencias, se deben analizar las particularidades que le imprimen los distintos procesos de constitución y la diversidad de sus actores. Una revisión crítica del concepto de "resiliencia" realizada por profesionales que trabajan con poblaciones collas en el noroeste argentino señala que "para cada comunidad en situación de pobreza, son diferentes las causas de stress, como los mecanismos con que se protegen de ellos". Se cuestiona así que se teorice sobre factores protectores individuales que serían homogéneos para cualquier sujeto en situación de pobreza (Torres de Torres, Alicia;2000)

En su estudio sobre indigentes de Brasil, Sara Escorel (1999) señala que el abordaje de la pobreza tiene particularidades en el contexto de países subdesarrollados y dependientes donde numéricamente nunca ha sido residual. Afirma que, en el caso de Brasil no puede abordarse el tema de las representaciones de la pobreza sin incluir la impronta que marca la esclavitud en la configuración de un pobre que es, a la vez, no-blanco (Escorel,S;1999). Siguiendo esta línea de análisis, una historización de las representaciones sociales de la pobreza en Argentina debiera considerar, en una síntesis incompleta, la construcción en el imaginario de la diada criollo-inmigrante, las políticas de incorporación de los pobres que llegaban de Europa y el papel de la "dignificación" del "cabecita negra" durante el primer gobierno peronista. También debería considerar la perspectiva planteada por los diferentes modelos asistenciales.

Más recientemente, la aparición de los "nuevos pobres" - atípicos en cuanto a su nivel educativo y estilo de vida-, la inflexión producida por la emergencia de los pobres y desocupados como actores sociales organizados (MTD y "piqueteros"), junto a la evidencia visible en la escena urbana de la masificación del trabajo precario y el desamparo (por ej., cartoneros) deben, necesariamente, ser parte de una transformación de representaciones. Al respecto, un análisis del discurso de la pobreza en los medios de comunicación gráficos realizado en el año 2000 señala en sus conclusiones que "el problema de la pobreza parece estar adquiriendo en la prensa nuevos valores. En la dialéctica existente entre este tipo de discurso social y las prácticas sociales, el discurso de la prensa está intentando redefinir el lugar de los pobres" (Zullo Julia, 2002).

En la medida en que la pobreza es objeto de estudio y de prácticas asistenciales por parte de los que podemos definir como "no pobres", sus sujetos son factibles de objetivación a través de las políticas que se dirigen a su atención. La autopercepción de pobreza y las representaciones que los pobres construyen sobre su condición, no ne-

cesariamente coinciden con la contenida en las prácticas asistenciales. Cuestiones sobre el saber técnico o la intervención asistencial tienden a “borrar” el reconocimiento de la subjetividad de los “asistidos” o a construir una representación de ellos que no deja de ser operante. Ante la pregunta de si sus hijos asistían al comedor del barrio, una mujer pobre de Eldorado (Misiones) respondió: “sólo cuando no tengo nada para darles, porque si no comemos juntos, ¿qué familia somos?” La oferta de asistencia alimentaria, en este caso, desmantela la representación de familia en la que se sostienen buena parte de sus vínculos.

Desde su origen, los estados modernos han tenido un lugar asignado para los así llamados pobres y han fijado políticas en relación a ellos. Estas políticas implicaron, e implican, un conjunto de representaciones institucionalizadas acerca de los sujetos que se incluyen en esta categoría. En la interacción entre estas políticas, que delimitan un lugar social, y las prácticas que los pobres desarrollan, se producen efectos, transformaciones y cristalizaciones. Valga comparar la perspectiva filantrópica de los estados liberales nacientes, la conceptualización de derechos sociales universales de los estados sociales de la posguerra y la estrategia focalizada asistencialista, de servicios mínimos esenciales, de los modelos neoliberales que se desarrollaron a partir de la crisis de los 70, para reconocer distintas representaciones implícitas, por ejemplo, acerca de la responsabilidad individual o social de la situación de pobreza, o acerca de la condición de ciudadanía.

Ya en la era preindustrial, las implicaciones morales jugaron un papel en las representaciones sobre la pobreza. Aún antes de la demanda creciente de mano de obra en el naciente capitalismo europeo, se promovió una clasificación que diferenciaba entre los inválidos e incapaces, merecedores de protección, y los “vagos” que pese a su aptitud para el trabajo no se incorporaban a él. En un momento de transformación en los modos de trabajo y producción, esa *residual population* no era una simple fuerza de trabajo de reserva. Al decir de Robert Castell, eran individuos disponibles pero no inmediatamente enrolables, condenados a una situación de double bind, atenazados entre el mandato de trabajar y la imposibilidad de hacerlo en forma prescrita (Castell R., 1997). Condenados a penas severas o trabajos forzados, iniciaron el camino de la criminalización de la pobreza, sostenida en la representación de que eran individualmente responsables (e inclusive culpables) de su condición y de que constituían un peligro o una “lacra” para la sociedad. Esta representación y sus efectos subsisten hasta la fecha. Su potencia es tal que, según lo evidencian algunas investigaciones, es sostenida incluso por quienes padecen situaciones de pobreza (Lumi, Susana; Golbert, Laura; Tenti Fanfani, Emilio, 1992).

La revolución industrial y la implantación hegemónica del modo de producción capitalista encontraron respaldo en estas representaciones sobre la pobreza para establecer reglamentos y normas punitivas y criminalizantes. Simultáneamente, la perte-

nencia al mundo del trabajo no garantizaba, en esas etapas iniciales, más que una sobrevivencia miserable en condiciones precarias. Basten como ejemplo las condiciones de trabajo de las hilanderías inglesas de la primera Revolución Industrial. Sólo con posterioridad a las luchas sociales iniciadas a mediados del siglo XIX se promovieron acciones públicas de protección de la fuerza de trabajo dirigidas a los insertos y diferenciadas de la asistencia a los declaradamente inválidos e incapaces.

Los estados sociales de bienestar de la posguerra marcaron el pasaje de una idea de responsabilidad individual a la de responsabilidad de carácter social o colectivo en relación a la pobreza, incorporando el concepto de ciudadanía social conjuntamente con el de los derechos que la caracterizan (Escorel, S.,1999). De allí se desprendieron los sistemas de educación y salud basados en el principio de universalidad y las diversas formas de asistencia que configuraron una red de seguridad social. Se trataba de una propuesta de sociedad que aspiraría a un máximo nivel de inclusión e integración de los sujetos, igualados conceptualmente en la categoría de ciudadanos. Este ordenamiento de la sociedad adquiere mayor ininteligibilidad política si se lo contextualiza en un mundo bipolar en el que el otro “polo”, el socialista, había marcado la lucha por su propuesta con un himno que comenzaba con la estrofa: “ Arriba los pobres del mundo”...

A partir de la crisis de mediados de los 70, la progresiva implementación de las políticas neoliberales marcó una radical transformación de las relaciones entre estado, mercado y sociedad civil. El supuesto de que el mercado es el mejor asignador y distribuidor de recursos, fundamentó una redefinición del rol del estado y por ende de las políticas dirigidas a los sectores desfavorecidos en el acelerado proceso de concentración de la riqueza que caracterizó este período. La idea de universalidad fue reemplazada por la de prestaciones básicas o mínimas que debían garantizarse para el conjunto, mientras que se dejaba a las restantes libradas a su provisión por el mercado. La pobreza, y los pobres, fueron mostrados como un remanente efecto “colateral” o “indeseado” de las políticas instrumentadas, en algunos casos, o de la inadecuada implementación de las mismas, en otros. Al respecto, consta en un documento del Banco Mundial: “los efectos de las reformas de mercado no son los mismos para los distintos grupos que integran una economía: hay ganadores y perdedores, y entre éstos pueden estar los pobres” (Banco Mundial, 2000/2001, pág 38).

Citar al Banco Mundial como constructor de un discurso sobre la pobreza tiene sentido, dada la fuerte y creciente influencia que esta entidad ha tenido sobre las políticas sociales de los países deudores, respaldada por la asignación de préstamos, y su notable capacidad de producción teórico-técnica. De manera indirecta opera sobre los desarrollos de las ciencias sociales al promover fuentes de financiamiento para investigadores y técnicos que trabajan en su gama conceptual.

La construcción discursiva y conceptual sobre la pobreza en este organismo se inició a fines de los sesenta con el “Informe Pearson”, que fue antecedente del viraje impreso a la orientación de las acciones del Banco Mundial durante la presidencia de Robert MacNamara , y contribuyó a que la pobreza fuera abordada como problema teórico y no solo moral (Lichtensztein, Samuel y Baer, Mónica, 1989); entre otros conceptos, este período incorpora al discurso y a la elaboración de políticas la idea de las “necesidades básicas”.

Esta posición se extiende hasta la fecha con un último informe mundial ya citado, de los años 2000 y 2001, dedicado a la “lucha contra la pobreza” y en el que se revisan las metas del anterior de 1990 y se amplía el concepto (Banco Mundial, 2000/2001). Definen la pobreza esencialmente como privación material (cuantificada mediante un indicador adecuado del ingreso o del consumo) a la que se suma un bajo nivel de instrucción y de salud, la vulnerabilidad , la exposición al riesgo, la falta de representación y la impotencia (Banco Mundial, 2000/2001).

A partir de esta caracterización se desarrollan los nuevos lineamientos de la “lucha contra la pobreza”, sin que los patrones y tendencias actuales de acumulación sean puestos en cuestión en ello. Antes que pensar en otra modalidad de crecimiento, se proponen políticas específicas para paliar los efectos de la vigente: “los efectos negativos de la reforma en los pobres pueden compensarse con actuaciones en otras esferas, como los sistemas de protección social establecidos para facilitar los costos de la transición” (Banco Mundial, 2000/2001, pág. 38).

Si la idea de derechos sociales implicaba el planteamiento de un nivel de igualdad, las de políticas especiales y provisión de servicios esenciales mínimos legitiman la desigualdad en el acceso y, de hecho, dismantelan la idea de derechos universales de ciudadanía. Al hacerlo contribuyen a consolidar la representación del pobre como un “otro” que se define básicamente por la carencia, o sea por la negatividad.

Las políticas en salud y las estrategias de los pobres

En el caso de las prestaciones en salud, la naturalización de la desigualdad en el acceso rompe en los hechos con la igualdad en el derecho a la vida, ya que se le antepone la relación costo-beneficio en la distribución de recursos “escasos”. Baste citar el ejemplo de las intervenciones que el Banco Mundial desaconseja para los países de ingresos bajos: “hay muchas prestaciones que tienen tan poca eficacia en función de los costos que los gobiernos deberían excluirlas del conjunto de servicios clínicos esenciales. En los países de ingreso bajo podrían contarse entre ellas la cirugía cardíaca, el tratamiento (excepto para aliviar el dolor) de cánceres de pulmón, hígado y estómago, costosas quimioterapias para pacientes con VIH y cuidados intensivos para bebés excesivamente prematuros” (Banco Mundial, 1993, pág. 119).

La reforma del sistema de salud argentino durante la década del 90 se apoyó fundamentalmente en las tendencias descritas, y no constituyó un atenuante para la agudización del proceso de empobrecimiento creciente. Estuvo, en lo estratégico, dirigida a someter el funcionamiento del sistema a la lógica del mercado bajo el modelo del aseguramiento, incorporando como premisas indiscutibles el principio de financiación de la demanda en lugar de la oferta, el reemplazo de la lógica de solidaridad por la de autoprovisión individual y la estratificación de los usuarios según su capacidad adquisitiva.

A grandes rasgos, planteaba para el sector estatal la introducción de arancelamientos diferenciales y posibilidad de cobro a las obras sociales en los hospitales autárquicos de autogestión, previstos a partir de que culminara el proceso de descentralización. En las obras sociales se intentó transformar la lógica de aporte solidario por la de acumulación individual bajo el principio del aseguramiento, proponiendo la libre elección de los afiliados, una reestructuración funcional del sistema y limitando la cobertura a un paquete de prestaciones básicas obligatorias (PMO). Para el sector privado se proponía una regulación estatal que les permitiera, a mediano plazo, recibir los aportes de beneficiarios del sector de obras sociales. El objetivo último era que todas las instancias entraran en competencia mercantil entre sí (Borini Mario, 1996)

Aún los partidarios críticos de la reforma no veían viable cubrir a la población carente por la vía de la financiación de la demanda (Arce, Hugo, 1996). Lejos de disminuir la brecha entre ricos y pobres, la reforma del sector salud resultó sintónica con la profundización de las diferencias. Aún durante el período en que se produjo un crecimiento del PBI, la evolución del gasto solidario (sector público más el de Obras sociales) no acompañó el ritmo de crecimiento de la riqueza. Esta tendencia a la inequidad se manifestó también en la inflación en salud, que fue muy superior al incremento del costo de vida o al crecimiento de la economía (González García G., Tobar F. 1997), hecho que redundó en un aumento de la proporción que el gasto en salud ocupaba dentro del gasto de los hogares. Los servicios de salud figuran entre los 10 rubros que tuvieron mayor inflación desde la aplicación del plan de Convertibilidad (1991). Mientras la moneda permanecía estable, el encarecimiento de los servicios de salud fue del 110,2% en los primeros cinco años de la década. Los medicamentos, particularmente, se encarecieron a niveles asombrosos aún en comparación con los precios internacionales (Stolkiner, et. al, 1998).

Finalmente la crisis encontró inconclusa la reforma dada, la dinámica conflictiva de fuertes actores en ella y detonó las asimetrías del sector. Mientras ese proceso se desenvolvía, los usuarios, particularmente los pobres, no se manifestaron como actores visibles del mismo. Que no aparecieran como actores visibles no implica que no desplegaran estrategias frente a los cambios y que estos no promovieran modificaciones en sus prácticas en salud.

En el estudio de Eldorado, la primera manifestación estadísticamente comprobable del proceso fue una tendencia declinante en cuanto a la utilización de servicios de salud a partir de la implementación del Hospital de Autogestión en 1994. La consulta por consultorios externos se desaceleró hasta ser prácticamente declinante y se modificó la razón entre consulta en guardia y consulta programada: si en 1989 ésta era de 5,7 consultas en guardia cada 10 consultas programadas, en 1997 ascendió a 8.9 consultas en guardia cada 10 de consultorios externos. Se evidenciaba una tendencia a consultar más tardíamente, por episodios agudos y, presumiblemente, por patologías más avanzadas (Stolkiner, Alicia et. al, 1998). Los trabajadores del Hospital, incluidos en el proceso de investigación, evaluaban que el Hospital dejaba de ser un centro de atención integral a la comunidad, tal como había sido diseñado, y evolucionaba hacia una institución de asistencia de urgencias y cuadros agudos (Vedoya, H., Rodríguez, E, Segovia G, 1997).

La encuesta a usuarios, en 1997, mostró algunos indicadores de un aumento en las barreras de accesibilidad básicamente producida por cobro de bonos y estudios complementarios e imposibilidad de acceder a los medicamentos si no le eran entregados en forma gratuita. El comentario “ahora se cobra en el hospital” fue frecuente. Resultaba paradójico, dado que el Hospital de Eldorado es un modelo SAMIC (Servicio de Asistencia Médica Integral de la Comunidad) que, desde su fundación en 1970, contemplaba la posibilidad de cobro a obras sociales y usuarios con capacidad adquisitiva (Stolkiner, A. et. al, 1999). El aumento de las barreras parecía obedecer a mecanismos de la nueva lógica de gerenciamiento (por ej., participación porcentual del personal en lo obtenido por recaudación) y a falta de conocimiento de los usuarios acerca de sus derechos a ser atendidos de manera gratuita acreditando su condición social. También aumentaban barreras por razones externas al sector salud: la precarización del empleo promovía la declinación de la consulta por imposibilidad de prescindir del jornal de un día de trabajo.

El caso Eldorado se prestaba particularmente para ver la evolución de la reforma en el nivel local, dado que se trataba de una comunidad pequeña con altos niveles de pobreza² pero que contaba con un hospital cabecera de complejidad, 14 centros sanitarios y un programa de atención primaria de la salud que, en su primer período hasta mediados de los 90, llegó a tener altos niveles de participación y reconocimiento en la comunidad (esto último apareció repetidas veces en las encuestas).

Como parte de la reforma, y siguiendo la última palabra en lineamientos técnicos, el

² En 1991 el 25 % de los hogares tenían necesidades básicas insatisfechas y el 63% de las viviendas eran deficitarias. El 49% de la población no contaba con cobertura en salud por obras sociales o prepagas- INDEC, 1997).



programa de A.P.S se descentralizó con respecto al hospital, pasó a depender de la oficina de zona sanitaria, y se lo focalizó a “familias críticas” y programas especiales.

En la encuesta aplicada a hogares en 1999 la percepción de los/as entrevistados/as era que el programa de APS había cesado desde uno o dos años antes y que los agentes sanitarios ya no realizaban su ronda. El nivel de valoración del programa era alto, pero carecían de explicaciones acerca del cese de su implementación y trataban de construirlas: “pasaba (el agente sanitario), miraba los chicos, preguntaba si le faltaban vacunas, si estaba enfermito, si tenía una herida para curarlo, te tomaban la presión, pero ahora hace mucho que no pasa”, “No vienen porque hay pocos niños, “se compartieron con otro lugar”, (Barcala, Alejandra y Stolkiner, Alicia, 2000b).

Ninguna de las decisiones que se tomaron con respecto al programa de APS fue precedida por algún tipo de consulta o relevamiento que permitiera incorporar la óptica de los usuarios pobres en la toma de decisiones, mucho menos por algún dispositivo que abriera el espacio a su participación. Esta falta de consulta en un proceso que los involucraba aparecía como naturalizada aún para los interesados.

De esta etapa de la investigación hay algunos datos que señalan un viraje en las estrategias de cuidado de la salud de los hogares. Las mujeres, como principales responsables del cuidado de la salud de los miembros del hogar, tendían a privilegiar la consulta y el cuidado de los niños aún a expensas de la propia salud o de la de otros adultos. Casi el 40% manifestaba que en los anteriores dos años tuvo un problema de salud por el que debería haber consultado y no lo hizo. Pero el 40% llevaba a los niños a consulta pediátrica de rutina (Barcala, Alejandra y Stolkiner, Alicia, 2000b). Junto con el cuidado pediátrico, también se mantenía la tendencia creciente a la atención institucional del parto. Los centros de salud eran visualizados fundamentalmente como espacios para el cuidado de la salud de los niños, y a los que se podía acudir para conseguir algunos recursos (leche o medicamentos), cuya escasez creciente percibían.

La desestimación de la consulta o el tratamiento por parte de los adultos se hacía aún en conocimiento de que esto implicaba un riesgo. El ejemplo más notorio era el caso de hogares donde había un miembro adulto con hipertensión detectada por el programa de APS y que había abandonado el tratamiento por falta de recursos. La frase “me encomiendo a Dios” apareció con frecuencia en relación a estas decisiones. Ante la imposibilidad de costear los medicamentos los reemplazaban por medicinas tradicionales (“yuyos”) (Barcala, Alejandra y Stolkiner, Alicia, 2000b).

La tendencia a priorizar el cuidado de los niños, en desmedro del de los adultos, también se manifestó en las entrevistas y encuestas realizadas a usuarios/as de centros de

salud de zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. No obstante, en algunas de las respuestas parecía que esta tendencia estaba reforzada por la oferta misma de los servicios en algunos centros de salud, que priorizaban la atención pediátrica: “Vengo más por los chicos, yo no me hago controles casi, tendría que hacerme controlar más, pero no, le prestan mas atención a los chicos.” (Barcala, A., Lopez Casariego, V., Czerniecki, S., Scavino, C y Stolkiner, A, 2002).

Frente a la percepción de dificultad creciente las mujeres entrevistadas en los hogares optaban por reforzar los cuidados preventivos siguiendo pautas fijadas por sus propios conocimientos. Estos se centraban en redoblar el esfuerzo alrededor de la alimentación y en tratar de atemperar los efectos de factores climáticos. No obstante esta tendencia, el 30% de los hogares encuestados en Eldorado había padecido la muerte de por lo menos un hijo (Barcala Alejandra, y Stolkiner, Alicia, 2000a).

El estudio permitía retratar cómo se desmantelaban los hábitos de utilización de servicios de salud de una población que habían sido construidos durante un largo período y que tenían aspectos notablemente positivos. Tal el caso de la alta valoración que la palabra tenía, para las entrevistadas, en el acto y la consulta médica, digna de los mejores principios de la clínica personalizada. La búsqueda de un contacto personal con el profesional, la valoración de las explicaciones comprensibles y del buen trato, aparecieron como una constante en la evaluación que realizan de los servicios (Barcala A., y Stolkiner, A.,2000a). Tenían una relación no “consumista” con los medicamentos. En el caso de las entrevistadas de ciudad de Buenos Aires la atención más personalizada (“conocen quién sos”) suele ser uno de los motivos por los que prefieren la atención en los Centros de Salud antes que en los hospitales (Echagüe, Silvia y Comes, Yamila, 2002). También es destacable una tendencia acentuada hacia la prevención.

Tanto en Eldorado como en Ciudad de Buenos Aires, el recurso de “pedir prestado” a vecinos y familiares para finalmente acceder a un medicamento o al transporte para la consulta apareció frecuentemente, mostrando una red constante de solidaridades entre pobres.

También fue evidente la percepción de la disminución del acceso a bienes. En la encuesta aplicada en el 2000 a mujeres en hogares con necesidades básicas insatisfechas de Eldorado, se manifestaban importantes cambios de consumo, el 68% de las encuestadas reconocía haber disminuido el consumo del grupo familiar y el 50% habían modificado los hábitos de alimentación. El 54 % reconocía que los ingresos del hogar habían declinado en los últimos cinco años³.

³ Datos de trabajo en terreno de la tesis de doctorado en Psicología, Lic. Alicia Stolkiner, realizada en el marco de la investigación de UBACyT.

En las entrevistas en Eldorado, se evidenció una fuerte asociación de representaciones entre salud y trabajo. Aunque la pregunta disparadora era sobre uso de servicios y condiciones de salud, todas las entrevistadas comenzaban hablando de la situación de deterioro o falta de trabajo en la zona. El trabajo aparecía como un facilitador del acceso a servicios de salud, dado que había permitido tener cobertura social: "cuando tenía obra social mejor iba a la clínica", "cuando trabajaba en un supermercado tenía obra social, le dieron el audífono (al marido)". Simultáneamente era percibido como un causal de deterioro y enfermedad: "El trabajaba antes ... quedó sordo con una máquina para hacer sonar las piedras ... de a poquito", "Yo hacía muchas cosas, lavaba y no me cuidaba, después vienen las consecuencias, a veces parece que mi espalda va a reventar", "En Eldorado en realidad hay muchas mujeres que trabajan en la calle, pero como está muy fuerte el tema del SIDA...". Pero también la ausencia de trabajo producía padecimiento: "Uno se quebranta, da a los nervios. Ahora hay tanta desocupación, tanta cantidad de gente desocupada que hay, y no hay trabajo. El Mercosur, ese es el que largó a toda la gente de los aserraderos". Una de las entrevistadas, cuyo marido estaba desempleado, incluía la frase "ahora él está sin trabajo", al final de casi todos los fragmentos narrativos. La pérdida del trabajo parecía haber partido en dos la historia familiar y personal, que antes se describía como feliz (Barcala, A. y Stolkiner, A., 2000b).

Pese a la precariedad de sus condiciones de vida, las mujeres casadas cuyos maridos mantenían algún trabajo regular, se manifestaban felices; apelaban a una identidad de género tradicional: la felicidad se fundamentaba en las relaciones cercanas y los vínculos familiares: "Yo siempre digo que aunque uno coma lo mismo todos los días, mientras no falte ese plato ... lo más importante son las relaciones ... yo tengo buenas relaciones con mi marido y con mis hijos ... él es un buen hombre, trabajador ... no tendremos otra cosa ... pero nos llevamos muy bien ... somos felices". La contraparte parecía ser una alta percepción de morbilidad indiferenciadamente física y emocional, manifestada en el "quebranto". (Barcala, A. y Stolkiner, A., 2002b).

Reflexiones sobre ciudadanía, participación y ética de investigación

En la encuesta a usuarios realizada en 1997 los encuestadores -jóvenes estudiantes del seminario Horas Investigación- señalaron como observación cualitativa un tipo de respuesta particular. Frente a la pregunta de "Qué cambiaría en la atención que recibe en salud?", la respuesta espontánea era otra pregunta, formulada en tono dubitativo: "¿Cambiar?". Al repreguntar "Sí, ¿qué cambiaría?" muchas respuestas demostraban una rápida elaboración pertinente: "Que haya más pediatras", "que den turnos" etc. Los encuestadores interpretaban que esa primera vacilación era producida por el hecho de enfrentarse a una pregunta que, por inútil, nunca había sido formulada.

En ambos estudios de caso, la gratuidad del servicio se percibía frecuentemente como una dádiva que no habilitaba para reclamar frente a los inconvenientes : "Sí, si venís temprano te atienden en el día, además **es gratis**, si necesitás medicamentos y

no los podés comprar **te los dan gratis.**” “No se puede cambiar mucho porque el país esta muy mal y hay que agradecer que hay un lugar gratuito para atenderse” (Echagüe, Silvia y Comes, Yamila, 2002).

Esto se acompañaba de una representación de responsabilidad individual sobre su salud y la de sus familiares, que derivaba fácilmente a la autoasignación de culpabilidad: “Cuando uno se enferma, supongo que es porque no se cuidó, porque no cuidó a los chicos, y después hay que estar en cama con remedios.” “Los padres son los responsables de la salud, del cuidado de la higiene”; como trágica consecuencia de esta percepción de responsabilidad, una madre, en relación a la muerte de su hijo, comenta: “No llegué a tiempo ... El seguimiento venia bien, los controles y eso ... los médicos no se explicaron lo que pasó, no entendían ... detectaron liquido en los pulmones, pero recién en la autopsia, antes no” (Echagüe, Silvia y Comes, Yamila, 2002).

El cruzamiento entre la idea de “dáviva” en lugar de derecho y la tendencia asumir la responsabilidad como culpa parecen ser algunos de los factores que motivan la aceptación de mala calidad de atención como si fuera natural: “Te atienden bien, quizás tenés que esperar bastante para que te atiendan, pero en realidad la culpa es de uno por la hora que te levantás, si te levantás temprano es más rápido. Ellos hacen lo que pueden”.

En ambos estudios de caso fue evidente que la actitud de las personas entrevistadas distaba de ser de resignación pasiva frente a la adversidad. No obstante, su capacidad de acción parecía limitada a buscar el reemplazo de recursos, la solidaridad de pares o alguna vía de asistencia social. No percibían tener capacidad de influencia en decisiones políticas que los/as involucraban, como en el caso del desmantelamiento del programa de APS en Eldorado. La mayoría de las personas entrevistadas eran mujeres, dado su lugar en el cuidado de la salud y concurrencia a centros de atención, lo cual obliga a tener en cuenta el referente de género en estas conclusiones.

Frente a la profundización de las barreras de accesibilidad a los servicios y la precarización de sus condiciones de vida, optaban por aumentar el esfuerzo personal, privilegiar la atención de los niños y reforzar cuidados preventivos. Las redes de solidaridad entre pares eran un recurso constante, pero aparecían afectadas por la generalización del empobrecimiento “y ... nadie tiene mucho para dar”. Este despliegue de capacidad y potencia se encontraba limitado por las condiciones de accesibilidad a bienes y servicios.

Aún en el caso de Eldorado, donde el estado proveyó servicios de salud adecuados y hubo un programa de Atención Primaria participativo, las prestaciones o la asistencia no parecen haber sido eficaces en desarrollar una representación mayor de derechos de ciudadanía y proveer los recursos para tratar de efectivizarlos. Por ejemplo,



ningún programa de educación para la salud había incluido el tema de derechos y vías de acceso al sistema.

Como contraparte, las mujeres capacitadas como promotoras de salud en uno de los centros de ciudad de Buenos Aires habían adquirido una nueva ubicación y capacidad de reclamo. Esta misma observación se puede hacer con respecto a los agentes sanitarios de Eldorado, quienes pertenecían originalmente a las mismas comunidades que atendían. Los programas y acciones que tendían a incluirlos como actores y no como “objetos” de asistencia parecían proveer recursos simbólicos y posicionales que permitían un nuevo posicionamiento que potenciaba el despliegue de estrategias colectivas.

Queda por señalar que el contacto con las mujeres y familias entrevistadas produjo un particular efecto en la implicación de los investigadores⁴. En el contacto personal del trabajo en terreno surgió la necesidad de profundizar metodológicamente el principio de reciprocidad en el proceso de investigación. En algunos casos aparecía como necesidad de “hacer algo por el otro”; finalmente apareció como necesidad de “hacer algo con el otro”.

En el proyecto Eldorado se trabajó junto con profesionales y agentes sanitarios, pero el contacto directo con la comunidad fue estrictamente para producir los datos. En las últimas etapas, en Buenos Aires, se introdujeron actividades de contraprestación del equipo de investigación y los alumnos del seminario directamente a la comunidad (talleres, actividades con niños, etc.).

El contacto promovió la reflexividad sobre nuestras propias representaciones de la pobreza y también sobre nuestro posicionamiento en relación a la ciudadanía. Investigar con sujetos en situación de pobreza, implica también una revisión ética de la metodología y el lugar de la producción de conocimientos.

Bibliografía

Arce, Hugo (1996) “Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en Argentina”, *Serie Financiamiento del Desarrollo*, No 59, Naciones Unidas.

Barcala, Alejandra y Stolkiner, Alicia (2000a) “Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso”, capítulo del libro *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*, comp. de Mon, A.D.; Federico, A.; Findling L. y Mendes Diz A.M. , Ed. Dunken, Buenos Aires.

⁴ Este comentario refiere básicamente a la reflexión sobre la tarea de los alumnos del Seminario Horas Investigación, que participaron -en ambos estudios de caso- en el trabajo en terreno.



(2000b) "Accesibilidad a Servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso", *VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA*. Buenos Aires.

Barcala, Alejandra, Lopez Casariego, Virginia, Czerniecki, Silvina, Scavino, Carolina, Stolkiner, Alicia (2002) "Notas sobre inequidades en salud de los niños de la Ciudad de Buenos Aires y estrategias familiares de cuidado", *Ensayos y Experiencias*, N° 45, Agosto de 2002, Buenos Aires

Banco Mundial (1993) "Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en Salud", Banco Mundial, Washington.

Banco Mundial (2000/2001): "Informe sobre el Desarrollo Mundial: lucha contra la pobreza" Washington D.C.

Borini, M. (1996) "Reforma Sanitaria Argentina: ¿Cómo se crea un nuevo excedente para una apropiación legalizada?", *Salud Problema y Debate*, año VIII, Número 14, Buenos Aires.

Bourdieu, P. y Wacquant L. J. D. (1995) *Respuestas. Por una Antropología Reflexiva*, Grijalbo, México.

Castel, Robert (1997) *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Paidós, Buenos Aires.

Echagüe, S. y Comes, Y. (2002) "Reforma del Sector Salud en la Ciudad de Buenos Aires y usuarios pobres: modificaciones en la accesibilidad a los servicios del CESAC 15" *IX Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires* (en prensa).

Escorel, Sarah (1999) *Vidas ao léu-Trajetórias de exclusão Social*, Fiocruz, Rio de Janeiro.

Feijoo, María del Carmen (2001) *Nuevo país, nueva pobreza*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

García, Rolando (1986) "Conceptos básicos para el estudio de los sistemas complejos", en *Los problemas del crecimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo*, (comp.: E. Leff), Buenos Aires, Siglo XXI.

García Rolando, (1989) "*Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria*", III y IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud y I de Medicina Social, Buenos Aires.



González García, Ginés y Tobar, Federico (1997) “Más salud por el mismo dinero. La reforma del Sistema de Salud en Argentina”, *ISALUD*, Buenos Aires.

Gonzalez Horacio (1995) “El sujeto de la pobreza: un problema de la teoría social”, en *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*, Alberto Minujin et. al., UNICEF/ Ed. Losada. Buenos Aires.

Habermas, Jürgen (1973) *Legitimation Crisis*, Beacon Press, Boston, USA. (trad. Castellana: *Problemas de legitimación en el capitalismo tardío*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1975).

INDEC (1997) Situación y evolución social provincial-Misiones, 1997, Buenos Aires.

Lichtensztein, Samuel y Baer, Mónica (1989) *Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial-Estrategias políticas del poder financiero*, Nueva Sociedad, Caracas.

Lumi, Susana, Golbert, Laura, Tenti Fanfani Emilio (1992) “La mano izquierda del Estado: la asistencia social según los beneficiarios” *CIEPP*, Buenos Aires.

Stolkiner Alicia, et. al. (1998) “Neoliberalismo, equidad y salud en Argentina: estudio de caso”, *Actas de la X Conferencia de la IAHP-International Association of Health Policy*. Perugia, Italia, Septiembre de 1998.

(1999) “Efectos de la reforma del sector salud en usuarios y trabajadores del 1er nivel de atención”, *VII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, Buenos Aires.

Torres de Torres, Alicia (2000) “Desde la psicología de frontera, cuestionamientos al concepto de resiliencia” *Espacios y Propuestas*, N° 11, Diciembre 2002.

Vedoya, H., Rodriguez, E, Segovia G. (1997) “El impacto de la descentralización en la práctica en salud”, *Salud: Problema y Debate*, año IX, N°17, Buenos Aires.

Zullo, Julia (2002) “Ser pobres o estar pobres? Estados, procesos y acciones en la relación Estado/Pobreza”, cap. 5 de *Representaciones sociales*, de Alejandro Raiter et. al., Eudeba. Buenos Aires.

Primera versión: 10 de enero de 2003

Aprobado: 23 de mayo de 2003