



Grupo de Trabajo 10: "Políticas sociales e intervención profesional en distintos campos: educación, discapacidad, justicia penal juvenil, gestión de políticas sociales, salud".

**Cambios en la política social en salud.
Nuevos desafíos para la intervención profesional.**

Susan López y Virginia Michelli

Mails de contacto: gsusanlopez@hotmail.com y michelliv@yahoo.com

Pertenencia Institucional: Facultad de Trabajo Social-UNLP

INTRODUCCION

Este trabajo es parte del resultado de la investigación que se desarrollada en la FTS de la UNLP, titulada "La intervención actual del Trabajo Social y las políticas sociales: nuevas dimensiones en relación con el enfoque de derechos en diferentes los campos"¹.

En el primer tramo de la investigación se avanzó sobre las características que asumieron las políticas sociales, especialmente en el campo de la salud en el periodo comprendido entre 2003- 2013². En una segunda instancia se mostraron los cambios en los indicadores de salud incluyendo el año 2014.³ En estos trabajos reflejamos que en el periodo antes mencionado, los cambios producidos en el campo de las políticas sociales pueden resumirse en el papel activo del Estado y en el diseño de políticas inclusivas. Dos acciones han sido consideradas relevantes: por un lado, la articulación de programas entre diferentes áreas y/o ministerios (Desarrollo Social, ANSES, MTEySS, Salud, Educación); y por otro lado, el aumento en la cantidad de legislaciones que promovieron las garantías de los derechos sociales.

El relevamiento realizado en esas instancias nos permitió afirmar que la mayoría de los indicadores sociales mejoraron con la aplicación de una política pública con fuerte injerencia en las áreas sociales. En este sentido, sostenemos que el mejoramiento de los indicadores de salud respondió principalmente a este diseño, donde se observa

¹ SECYT- T072. "La intervención actual del Trabajo Social y las políticas sociales: nuevas dimensiones en relación con el enfoque de derechos en los campos jurídico, discapacidad, acción comunitaria y gestión de políticas sociales en la ciudad de La Plata". (2014-2016) Dirigida por Margarita Rozas Pagaza.

² Para ampliar véase López Susan y Campagna Verónica. (2016); López, Susan (2015)

³ Para ampliar véase Lopez Susan (2017)



una clara voluntad política en ese sentido que además estuvo acompañado por legislaciones para garantizar derechos sociales.

El análisis de estas etapas estuvo centrado en el relevamiento y recopilación de trabajos sobre políticas sociales realizado por diferentes especialistas, organismos públicos y unidades académicas con diferentes miradas en el campo de la salud a fin de dar cuenta de los cambios registrados para el periodo de estudio con respecto a la década de los noventa.

Del mismo modo se procedió para profundizar la política en salud. Para ello se relevaron indicadores básicos de salud, socios demográficos y macroeconómicos a nivel nacional y por regiones con la finalidad de correlacionar el diseño y la implementación de la política pública en salud con los resultados esperados. Realizamos un agrupamiento de las provincias por regiones geográficas: NEA (Noreste), NOA (Noroeste), Cuyo, Centro y Patagónica.

Dentro de los indicadores básicos de salud se analizaron diez tasas de Mortalidad por causas. El criterio de selección de las mismas respondió a observar el comportamiento a nivel regional de las primeras causas de mortalidad a nivel nacional y la mortalidad de enfermedades asociadas a condiciones de vida específicamente Tuberculosis, Chagas y Desnutrición.

Los resultados obtenidos nos devolvieron una significativa mejoría de las condiciones de salud de la población.

Ese contexto ha tenido y planteado, con diferentes vaivenes y resistencia en el campo de la salud, desafíos para la intervención profesional principalmente en la construcción y reconstrucción del tejido social a partir de la relevancia que cobro la garantía de derechos sociales.

A partir del cambio de gobierno a fines de 2015 y la reedición de lineamientos bacomundialistas de aseguramiento universal y reestructuración de subsecretarías y programas de salud se vuelve a poner sobre el tapete un nuevo desafío.

EL RELEVAMIENTO DEL DISEÑO POLÍTICO

Cuando el gobierno presidido por Néstor Kirchner asumió al poder en 2003, la sociedad argentina presentaba un alto grado de conflictividad social que respondía a los resultados de la lógica operada en el período anterior.

Frente a este contexto el gobierno llevó adelante un diseño ideológico - político que podemos resumir como la **recuperación del papel activo del Estado** y la priorización



de la **inclusión e integración social**. En este sentido, el papel del Estado se encontró vinculado a la efectivización y garantía de los derechos de los ciudadanos, de acuerdo a los planos normativos que regulan tanto a nivel nacional como internacional el accionar de los estados en materia de derechos humanos.

De acuerdo a lo señalado, partimos de considerar que la clave del modelo propuesto por ese gobierno se encuentra en el impulso dado a la articulación de las intervenciones del área social. El eje vertebrador de este diseño es la *política social integral*, donde el énfasis ha sido puesto en la seguridad social en general y lo laboral en lo particular, considerando que, en su generalidad, la inserción en el mercado laboral otorga mayor protección social, tanto salarial como de beneficios sociales.

Asimismo, los programas de transferencia de ingresos particularmente el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, creado en 2002 como respuesta a la crisis, continuaron vigentes pero dejaron de ampliarse con la pretensión de cambiar ingreso por trabajo.

Para intentar reconstruir la fragmentación generada por el desmembramiento del estado y por la injerencia de intereses privados, el gobierno impulsó la articulación a partir de una política social integral, principalmente desde el Ministerio de Desarrollo Social, la Administración Nacional de Servicios Sociales (ANSES) y el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS), buscando así las condiciones para la construcción de un espacio social inclusivo.

En este sentido, buscó construir intervenciones complejas para dar respuestas a situaciones también complejas. Reforzó la idea de que las condiciones de vida de las personas no se comprendían en pares dicotómico como buena o mala salud; ocupado-desocupado, empleado, alfabetizado-analfabeto, etc. sino en la forma en que las personas y/o grupos logran resolver sus condiciones materiales de existencia la cual, a su vez, se encuentra atravesada por las determinaciones histórico-sociales.

Tal vez el hallazgo más relevante es haber observado que la política de salud continuo con un diseño basado en programas focalizados, pero a diferencia con los años 90 estos no acotan la inclusión a los mismos por condición de pobreza extrema y/o carencia sino, que por el contrario, amplió permanentemente los límites reforzando la base de la garantía de los derechos sociales y en consecuencia el derecho a la salud. Veamos solo como ejemplo la Asignación Universal por Hijo (AUH) que consiste en una transferencia monetaria por hijo hasta 18 años, del mismo monto que la mayor percibida por los asalariados formales en concepto de asignación familiar por hijo.

En el campo de la salud pública, más que en otros de las políticas sociales, se evidenció un diseño y una implementación por programas dirigidos, la mayoría de ellos, a problemáticas específicas y selectivas, que en este ámbito son de cobertura en



prevención y asistencia a la enfermedad. Estos programas, - como por ejemplo, Cardiopatías Congénitas, Sanidad Ocular y Prevención de la Ceguera, Prevención del Cáncer cervico-uterino, Argentina Sonríe, *Incluir Salud, Lucha contra la Tuberculosis y Lepra y los existentes con anterioridad sobre VIH-SIDA*, Plan NACER/SUMAR, e Programa Médico Obligatorio (PMO) y el Remediar +Redes Programa de Municipios y Comunidades Saludables y el Programa Cuidarse- reeditan las estrategias de la salud pública más tradicional y biomédica, tomando como variables para el desarrollo de programas a la edad, el sexo y las patologías prevalentes.

Con la llegada al gobierno de Mauricio Macri, puede avizorarse la continuidad de programas focalizados pero con recortes y achicamientos de beneficiarios. Basta como ejemplo el Plan Qunitas, eliminación de Remediar, subsidios para discapacidad y unificación de programas y disminución de la presencia territorial de agentes de salud.

EL RELEVAMIENTO DE LOS DATOS

De los datos obtenidos a nivel nacional, como puede observarse en el cuadro N°1 excepto para dos causas, que se encuentran resaltadas, el resto muestran una disminución de las tasas de mortalidad.

Cuadro N°1.
Tasas de Mortalidad por 10000 hab. por causas seleccionadas
Comparativo 2003-2013.Total país

TOTAL PAIS	2003	2013	DIF
	Tasa‰‰	Tasa‰	
Total de muertes todas las causas	79,76	77,29	-2,47
Enfermedades cardiovasculares(*)	18,52	17,73	-0,79
Tumores malignos	14,51	14,29	-0,22
Enfermedades cerebrovasculares	6,10	4,44	-1,66
Enfermedades respiratorias agudas	3,92	5,79	1,88
Septicemia	2,58	2,54	-0,03
Diabetes	2,42	1,91	-0,51
Enfermedad por virus de inmunodeficiencia	0,42	0,34	-0,07
Accidentes de trafico vehiculo motor	0,90	1,25	0,36
Lesiones autoinflijidas intencionalmente	0,87	0,74	-0,14
Trastornos mentales y de comportamiento	0,71	0,65	-0,06
Deficiencia de nutricion y anemias nutricionales	0,50	0,23	-0,28
Tuberculosis inclusive secuelas	0,20	0,15	-0,05
Tripanosomiasis	0,14	0,11	-0,03
Habitantes	37869723	42202935	4333212

Fuente. Elaboración propia en base a datos de la DEIS



Cuando se profundiza por regiones puede observarse que algunas regiones como Región Centro encontramos que todos los indicadores mejoraron excepción de la mortalidad por enfermedades respiratorias, aumentando la tasa en casi 2 puntos.

Mientras que en las regiones NOA y NEA se observa como en la mayoría de las regiones un aumento de la Tasa de Mortalidad por enfermedades respiratorias. Sin embargo el dato más significativo es el pronunciado aumento de la mortalidad por tumores malignos convirtiéndose en la primera causa de muerte.

Cuadro N°3
Tasas de Mortalidad por 10000 hab. por causas seleccionadas
Comparativo 2003-2013.Total región Centro

Region centro	2003	2013	Dif
	tasas	tasas	
Total de muertes todas las causas	89,16	85,13	-4,03
Enfermedades cardiovasculares(*)	23,08	21,05	-2,03
Tumores malignos	16,73	15,78	-0,95
Enfermedades cerebrovasculares	6,74	4,68	-2,06
Enfermedades respiratorias agudas	4,41	6,17	1,77
Septicemia	2,73	3,08	0,35
Diabetes	2,42	1,65	-0,78
Enfermedad por virus de inmunodeficiencia	0,53	0,37	-0,16
Accidentes de trafico vehiculo motor	0,78	1,07	0,29
Lesiones autoinflijidas intencionalmente	0,90	0,62	-0,27
Trastornos mentales y de comportamiento	0,76	0,52	-0,24
Deficiencia de nutricion y anemias nutricionales	0,31	0,12	-0,18
Tuberculosis inclusive secuelas	0,14	0,10	-0,03
Tripanosomiasis	0,12	0,08	-0,04
Resto de causas			
Habitantes	24947461	27459693	2512232

Fuente. Elaboración propia en base a datos de la DEIS

Otro dato relevante que surge del análisis de los datos cuantitativos es la disminución en casi un 50% de la mortalidad por desnutrición, mientras que las provocadas por patologías asociadas a condiciones de trabajo y vivienda se han mantenido con oscilaciones no significativas para toda la década. (véanse Cuadro N° 4 y 5)



Cuadro N°4
Tasas de Mortalidad por 10000 hab. por causas seleccionadas
Comparativo 2003-2013.Total región NOA

REGION NOROESTE	2003	2013	Dif
	tasas	tasas	
Total de muertes todas las causas	58,23	60,65	2,42
Enfermedades cardiovasculares(*)	8,89	9,31	0,42
Tumores malignos	8,49	9,90	1,41
Enfermedades cerebrovasculares	4,41	3,77	-0,65
Enfermedades respiratorias agudas	2,11	4,96	2,85
Septicemia	3,24	2,29	-0,96
Diabetes	1,82	1,84	0,02
Enfermedad por virus de inmunodeficiencia	0,22	0,41	0,19
Accidentes de trafico vehiculo motor	0,72	1,36	0,64
Lesiones autoinfljidas intencionalmente	0,78	1,15	0,37
Trastornos mentales y de comportamiento	0,30	0,45	0,16
Deficiencia de nutricion y anemias nutricionales	1,09	0,53	-0,56
Tuberculosis inclusive secuelas	0,39	0,24	-0,15
Tripanosomiasis	0,25	0,26	0,02
HABITANTES	4318459	4855049	536590

Fuente. Elaboración propia en base a datos de la DEIS

Cuadro N°5
Tasas de Mortalidad por 10000 hab. por causas seleccionadas
Comparativo 2003-2013.Total región NEA

REGION NORESTE	2003	2013	Dif
	tasas	tasas	
Total de muertes todas las causas	60,09	62,31	2,22
Enfermedades cardiovasculares(*)	10,44	10,73	0,30
Tumores malignos	9,57	10,97	1,40
Enfermedades cerebrovasculares	5,36	4,97	-0,39
Enfermedades respiratorias agudas	2,30	4,92	2,62
Septicemia	2,00	1,67	-0,33
Diabetes	1,96	2,69	0,74
Enfermedad por virus de inmunodeficiencia	0,14	0,22	0,07
Accidentes de trafico vehiculo motor	0,90	1,77	0,87
Lesiones autoinfljidas intencionalmente	0,63	0,79	0,16
Trastornos mentales y de comportamiento	0,47	0,32	-0,16
Deficiencia de nutricion y anemias nutricionales	0,95	0,26	-0,70
Tuberculosis inclusive secuelas	0,44	0,37	-0,06
Tripanosomiasis	0,10	0,09	0,00
HABITANTES	3469725	3895054	425329

Fuente. Elaboración propia en base a datos de la DEIS



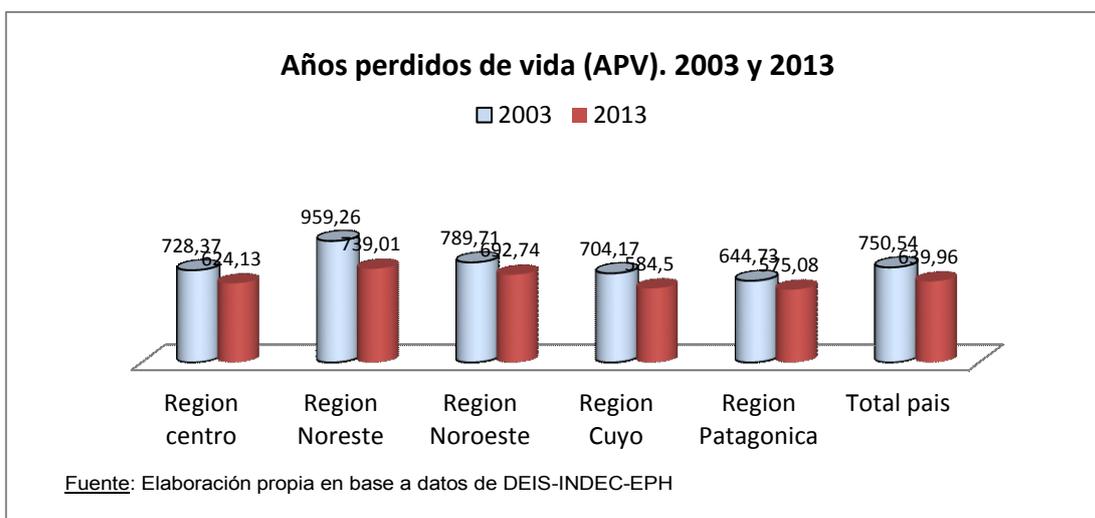
Es importante resaltar, que el porcentaje de nacidos vivos de madres con bajo nivel de instrucción descendió sostenidamente desde 2009 y prácticamente en 2014 se redujo casi a la mitad de lo registrado en el año 2005 (5,6% y 9,4% respectivamente)⁴.

La pregunta que nos surge es si la estricta aplicación de los programas enumerados anteriormente explica por sí mismo tal mejoramiento. En un trabajo anterior sobre perfil epidemiológico de Argentina se demuestra que la aplicación de programas focalizados por patologías, tienen una mejoría más pronunciada en los inicios de su implementación para luego desacelerar su ritmo hasta casi amesetarse⁵.

Sin embargo, podemos observar que en el periodo de estudio de 10 años y aun con políticas basadas en programas, la tendencia a la mejoría ha continuado y en algunos casos de manera muy significativa, como se demuestra en los gráficos anteriormente mencionados.

Tal vez ilustrar con un gráfico sobre los Años de Vida Perdidos (AVP), refleja con más claridad los 110 años de vida cada 10000 habitantes que se ha logrado recuperar en este período, resaltando que para la región del NEA esta fue de 220 años.

Gráfico N°1



Aunque aun no existen datos sobre salud a nivel nacional y regional del impacto de las políticas económicas aplicadas durante 2016, si se conoce el crecimiento de la tasa de mortalidad infantil de C.A.B.A. desde 6 a 7,2 por mil nacidos entre 2015 y 2016. Dato que no resulta promisorio y menos por tratarse la ciudad más rica del país.

⁴ DEIS. 2016. Síntesis estadísticas N°1, pág. 3

⁵ Para ampliar sobre este tema véase Lopez, Susan (2011)



CONCLUSIONES

En términos generales, el sistema de salud en su conjunto no ha logrado superar, con respecto a periodos anteriores, la fragmentación dada al interior del mismo. Por un lado, las dificultades de coordinación entre jurisdicciones y, por el otro, la propia estructura heterogénea y de diferenciación entre los tres subsectores: público, privado y de obras sociales. En este sentido, podemos sostener que la mejoría en el período 2003-2015 no responde a un cambio estructural del sistema de salud sino al diseño de la política pública social inclusiva que en su accionar conjunto con todas las áreas, incluido los programas específicos en salud, impactan en la calidad de vida de la población. Hechos que reflejan la tendencia a la disminución de la desigualdad social en el conjunto del país. Los datos cuantitativos analizados nos muestran un mayor impacto en las regiones más postergadas achicando de ese modo la brecha de desigualdad social.

En cuanto al impacto en el campo de la salud, los datos analizados para el periodo de estudio también muestran una mejoría en varios indicadores. La más relevante es la baja de la tasa de desnutrición. Casi todas las tasas de morbimortalidad están a la baja con excepción de la tasa de mortalidad por enfermedades respiratoria - que se encuentra en permanente ascenso principalmente en la región centro. Las tasa de TBC y VIH se encuentran sin modificaciones significativas en casi todo el periodo.

La enorme cantidad de leyes y normas sancionadas entre los años 2004 y 2015 dan cuenta no solamente de la intencionalidad de una política social inclusiva y voluntad política sino de la garantía para el cumplimiento de los derechos sociales avizorando un deseable cumplimiento del derecho a la salud.

Sin embargo, el papel activo del Estado no se reflejó en los cambios estructurales del sistema. Aún fragmentación y heterogeneidad coexisten tanto en su conformación política organizativa, la administración y los recursos como entre jurisdicciones y subsectores, que atenta contra un sistema único, universal y gratuito para todos los argentinos, como condición sine qua non del pleno ejercicio para el derecho a la salud.

El avance de la Cobertura Universal de Salud (CUS) implica que la forma de aseguramiento en salud, receta del Banco Mundial, profundizara el ajuste en este campo. Las formas de exclusión de beneficios y derechos asoman en el horizonte y en consecuencia las formas en que el Trabajo Social se deberá dar en la intervención profesional.



Bibliografía

1. Benach y Muntaner (2005). *Aprender a mirar la salud. ¿ Como la desigualdad social daña nuestra salud?*. IAESP Dr. Arnoldo Gabaldon. Maracay. Venezuela.
2. Bourdieu, Pierre (1991) En: "Estructura, habitus y prácticas". *El sentido práctico*. España: Taurus Humanidades.
3. Danani, Claudia y Grassi, Estela. (2013). "El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013: características y nuevos problemas". Taller de Políticas Sociales presentado en el marco de las X^o Jornadas de Salud y Población del IIGG. Noviembre. Buenos Aires.
4. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). *Estadísticas Vitales*. Serie N°5 años 2001 al 2015; Indicadores básicos y Síntesis estadísticas. Del Ministerio de Salud. Buenos Aires. www.deis.gov.ar/publicaciones/
5. INDEC. INDEC. www.indec.gov.ar (Acceso. setiembre de 2016)
6. Kessler, Gabriel (2014) *Controversias sobre la desigualdad. Argentina 2003-2013*. Buenos Aires.FCE.
7. López, Susan (2011) "Perfil epidemiológico de argentina" En: *Voces en el Fenix*. Año 2, N° 7: 34-43. En *Estado Crítico*, Agosto de 2011. Facultad de Ciencias Económicas- UBA. www.vocesenelfenix.com
8. Lopez, Susan (2015) "El sistema de salud argentino en los 90 y en los 2000.¿qué cambió y qué continuó? Ficha de cátedra. Medicina Social FTS UNLP
9. López, Susan y Campagna, Verónica (2016) "Aportes para pensar la intervención profesional de trabajadores/as sociales en el campo de la salud: entre transformaciones y condiciones laborales". Capítulo 6 del Libro *El Trabajo Social en diferentes campos de intervención profesional*. Rozas Pagaza, Margarita y Gabrinetti Mariana. Compiladoras. EDULP. UNLP. Serie Libros de Cátedra. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/56855>
10. Lopez Susan (2017) "Políticas de inclusión social y persistencia de la desigualdad en salud". IV Seminario Internacional Desigualdad y Movilidad Social en América Latina 31 de mayo y 1 y 2 de junio de 2017 Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP. La Plata. ISSN 2362-4094
11. Therborn, Göran (2015) *Los campos de exterminio de la desigualdad* Buenos Aires. FCE