

Eje 4: Balances y perspectivas sobre las políticas públicas en la región. Sus impactos en la desigualdad, la construcción de derechos y la constitución de los sujetos.

LAS POLITICAS DE CUIDADO EN SALUD EN EL MARCO DE LA NUEVA PROTECCION SOCIAL

Un análisis desde la perspectiva de Medicina Social/Salud Colectiva.

Autoras: Susan López y Virginia Michelli

Mail de referencia: gsusanlopez@hotmail.com

Pertenencia institucional: Facultad de Trabajo Social-UNLP

Palabras claves: CUIDADO / POLITICAS DE SALUD / MANEJO SOCIAL DEL RIESGO / PROTECCION SOCIAL

Introducción

En este trabajo buscamos realizar un aporte para el debate y la reflexión sobre las políticas de cuidados en salud y al mismo tiempo, contribuir al análisis y profundización de una línea de investigación de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP.¹

A partir del mismo pretendemos dar cuenta de los lineamientos bajo los cuales se impulsan en Latinoamérica las políticas públicas de cuidado en el campo de la salud con el objetivo de comprender y profundizar por qué cobra relevancia en el momento actual.

Abordamos este análisis desde la perspectiva histórico social considerando que las políticas públicas son el resultado de procesos complejos donde, y en este caso particular del campo de la salud, los intereses de los diferentes agentes juegan un papel central en las determinaciones sociales de la salud.

Para ello revisaremos un brevemente los antecedentes que, en el diseño de las políticas sociales en la región latinoamericana, dieron lugar las reformas económico-políticas impulsadas desde los 90, las transformaciones demográficas y los cambios sociales que han puesto a la cuestión del cuidado como un eje prioritario en las políticas de protección social.

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". Dirigida por Margarita Rozas Pagaza.

El recorrido propuesto se enmarca dentro de la corriente de pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana que define a la salud y a la enfermedad no como fenómenos opuestos o antagónicos sino articulados como un proceso en su determinación histórica y social que se manifiesta en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos (Laurell,1982:2).

En este mismo sentido, resaltamos que las formas de atención y/o cuidado del Proceso Salud Enfermedad (PSE) responden a la determinación histórica de los modos de producción de la formación económica y de reproducción social.

Cabe destacar que existen por lo menos dos dimensiones de análisis para una comprensión más acabada de sobre la categoría de cuidado en el campo de la salud. Una relacionada al plano macrosocial -ideológico/político/económico/social-, que comprende el diseño de la política pública en salud en consonancia con el giro impulsado por los organismos multilaterales al sistema de Protección Social y, la otra relacionada con el plano local, las prácticas y saberes de cada comunidad. Si bien ambas dimensiones se interrelacionan dada la permanente lucha de poderes de los diferentes agentes sociales en el campo de la salud, en este trabajo profundizamos algunos cambios producidos en la primera dimensión en las dos últimas décadas.

La realización de este trabajo, es el resultado de un análisis crítico desde la perspectiva antes mencionada sobre documentos y bibliografía específica sobre la temática que aborda de forma directa o indirecta la cuestión del cuidado. Tiene a su vez la pretensión de contribuir a ampliar el debate sobre las políticas públicas que cobran importancia en la época actual.

Antecedentes

El interés y análisis sobre las políticas de cuidado han cobrado relevancia en las dos últimas décadas, aunque el interés por esta problemática data de la década de los años 70 del s.XX.

El impulso en el abordaje de la temática del cuidado se presenta como un punto al que se llega desde diferentes intereses en el área del conocimiento de lo social sobre la problemática de la desigualdad social.

En la búsqueda no sólo de disminuir las brechas sociales que generan la desigualdad sino de las determinaciones que las generan, se avizoró la relación desigual de la división sexual del trabajo, lo que dio lugar a la profundización de los estudios de género y equidad de género. Cabe aclarar que la búsqueda por la equidad de género, tiene sus raíces principalmente en la lucha emprendida por los movimientos feministas en el siglo próximo pasado.

Los primeros debates en el seno de este movimiento estuvieron relacionados con el trabajo doméstico y luego con el trabajo de cuidados que introduce la discusión del trabajo asalariado y no asalariado, condiciones laborales, división sexual del trabajo y reproducción social.².

Otra característica que se observa en las últimas décadas es el cambio demográfico, principalmente la tendencia a la baja en la natalidad, maternidades tardías, disminución de la fecundidad, mayor longevidad, cambios en la conformación de tradicional de la familia, de este modo el diseño y acciones de las políticas sociales encuentra nuevos desafíos para adecuarse a estos nuevos contextos. En los últimos años puede observarse un incremento en la carga del cuidado doméstico como consecuencia de los fenómenos relacionados al envejecimiento de la población.

Además de estos cambios, podemos observar que en varios países del continente se avanzó en legislaciones que ampliaron los derechos tanto de la niñez como en discapacidad, vejez y grupos minoritarios que interpelaron al tradicional sistema de protección social asistencialista en búsqueda de respuestas a la desigualdad.

Sistema de protección social y manejo social del riesgo

En los países de la región se evidencia que a partir de los años 90 y frente a costo social de las políticas de ajuste de la década anterior, se delineó por parte de los organismos multilaterales una nueva forma de concebir la protección social: el manejo social de los riesgos (MSR).

² *“El sistema de reproducción social incluiría la estructura familiar, la estructura del trabajo asalariado y no asalariado, el papel del Estado en la reproducción de la población y de la fuerza de trabajo y las organizaciones sociales y políticas relacionadas con los distintos trabajos. El proceso de reproducción social se entendería, así, como un complejo proceso de tareas, trabajos y energías, cuyo objetivo sería la reproducción de la población y de las relaciones sociales y, en particular, la reproducción de la fuerza de trabajo (Carrasco, 2011:31)”*

El documento del Banco Mundial (BM) elaborado por Holzmann y Jorgensen (2000) propone una nueva definición y un nuevo marco conceptual para Protección Social basado en MSR. En dicho documento se critica la visión tradicional de protección social, que la define como las medidas públicas de respuestas principalmente en intervenciones de mercado laboral, previsión y redes de protección. Cuestiona cuatro aspectos de aquella forma tradicional: el fuerte hincapié en el papel del sector público; la poca atención a las potencialidades para el desarrollo económico; el no aprovechamiento de lo que tienen en común los programas sectoriales y por último, que aquella mirada tiene escasa perspectiva sobre la efectiva reducción de la pobreza.

El nuevo marco conceptual toma en cuenta la asistencia a personas, hogares y comunidades en el manejo del riesgo y proporciona apoyo en quienes se encuentran en extrema pobreza. Es decir, otorga herramientas y estrategias para que el manejo del riesgo sea asumido por quienes los enfrentan con lógicas de mercado. En este sentido, podemos observar una clara tendencia a la **refamiliarización del sistema de protección** en sentido opuesto que el desarrollado por el Estado de Bienestar.

Así el BM presenta a la nueva protección social como una red de protección y a la vez trampolín para salir de la pobreza; la protección no es entendida como costo sino como inversión social de capital humano, enfatiza en proporcionar a los pobres la oportunidad de adoptar actividades de mayor riesgo, de mayor rentabilidad y sostiene que la brecha de pobreza se puede eliminar con transferencias fiscales mas allá de la capacidad fiscal de la mayoría de los países clientes del BM.(Jorgensen y Holzmann , 2003:4)

“El MSR se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean estos naturales (como terremotos, inundaciones enfermedades) o producidos por el hombre (como desempleo, deterioro ambiental y guerra)”.(Jorgensen y Holzmann , 2003:4)

Las estrategias de esta nueva forma de entender a protección social se basan en: 1) **Prevención:** reducción de la probabilidad de un riesgo de deterioro, 2) **Mitigación:** que incluye mecanismos de seguro formales e informales para disminuir

el posible efecto de un futuro riesgo de deterioro proponiendo la cobertura conjunta de riesgo en el mercado formal y por otro lado los sistemas de seguros informales que recaen en las familias y la comunidad y 3) **Superación**: aliviar el impacto una vez producido que si deberá asumir el gobierno.

Esta propuesta considera que la familia y la comunidad son los actores principales porque son quienes manejan mejor la información privada (asimétrica), tanto para mitigar como superar los riesgos que, según la óptica del BM optimizan el patrón de consumo para una amplia gama de riesgos.

“Mientras mejores sean los instrumentos de mercado, mayor será el manejo del riesgo que se puede llevar a cabo en este nivel. En el mismo sentido, la falta de instrumentos de mercado adecuados produce un fortalecimiento de sistemas informales de manejo del riesgo en cada hogar, los que son a menudo menos efectivos y dinámicamente ineficaces y tiene consecuencias sociales perjudiciales (como el trabajo infantil)”.
(Jorgensen y Holzmann,2003:21)

Además, impulsa como una de sus principales estrategias la transferencia condicionada en efectivo (TCE). Es decir, hace hincapié en la protección de la subsistencia básica y al tiempo que promueve la disposición a asumir riesgos centrándose en los pobres.

Por último, resaltamos que este diseño está en consonancia con el diseño que para la política de salud lleva adelante el BM como reformas de segunda generación bajo la modalidad de Aseguramiento Universal. A partir de la cual se propone un piso mínimo de prestaciones para todos, independientemente de la cobertura de que disponga cada persona o grupo familiar. Es decir, lo universal queda sujeto al consenso que se establezca sobre las prioridades de las necesidades a satisfacer.

En este punto es necesario no soslayar quiénes, cómo, cuándo y para quienes se definen las acciones. Ni los supuestos ideológicos, políticos y económicos que los actores protagónicos fuerzan en la puja por el poder en el campo de la salud. Es a partir de lo antes dicho, que consideramos relevante tener en cuenta tanto las tendencias que imponen los organismos internacionales como las estrategias políticas que se priorizan y abordan en cada país.

Resumiendo, podemos decir que el manejo del riesgo no sólo sería abordado como una cuestión social de protección social que asume el Estado con cada vez menos responsabilidad sino que también redirige la atención a prestaciones informales y de mercado. Este nuevo diseño de la política social basado en el MSR encuentra su correlato en las determinaciones de las relaciones de acumulación financiera internacional de las que no quedan al margen los sistemas de salud y las políticas públicas en general.

Manejo social del riesgo y políticas de cuidado en salud

El primer interrogante que nos surge al pensar las políticas de cuidado en salud es ¿Qué es y qué se entiende por cuidado?

La búsqueda en la bibliografía específica, nos devuelve que no existe una definición unívoca sobre cuidado. Al contrario, hemos encontrado que el concepto cuidado en salud refiere a diferentes usos del término.

La investigación llevada a cabo por Michalewicz y col. resume acertadamente cinco formas de entender el cuidado

“El primero entiende por éste una dimensión de las prácticas en salud relacionada a lo vincular/afectivo. El segundo nombra como cuidado a las prácticas no formales en salud. El tercero reivindica el término en cuestión como un concepto superior de la simple atención, a partir de características como la integralidad y la participación. El cuarto plantea al “cuidado” como eje que orienta la atención centrándola en los usuarios. Y finalmente, el quinto usa este término como sinónimo de atención”.
Michalewicz y col .2014:219)

Cada una de estas definiciones remiten a diferentes enfoques desde donde se analiza la problemática del cuidado, sin embargo todos remiten *que en la provisión de bienestar está integrada por la triada familia, mercado y Estado, otorgándole un lugar principal a la familia.* Aun los que sostienen que en el diseño, financiamiento y prestación del cuidado participan los hogares, familias, Estado, Mercado y ONGs, el

lugar preponderante o vértice del “diamante de cuidado”, es la familia. (Findling, 2015:11)

En las últimas décadas y como consecuencia de procesos demográficos y epidemiológicos, se constata una demanda creciente del cuidado de la salud. Si reconocemos que el mismo tiene como vértice a la familia y que a su interior la mayor parte del trabajo y responsabilidad recae sobre la mujer, podemos observar una profundización en la brecha de desigualdad de género por un aumento de la carga en el trabajo doméstico. En este sentido Hernández Bello sostiene que

“... tal demanda ha implicado un aumento en la carga del trabajo doméstico, en virtud de una orientación de las políticas sociales que traslada a los hogares responsabilidades que antes eran del dominio estatal. Esta situación, útil al modelo económico y al crecimiento del capital en tanto garantiza una mano de obra gratuita para la producción de bienes y servicios, ha devenido en explotación, pobreza, exclusión y desprotección de las mujeres”. (Hernández Bello, 2013:186)

Cabe resaltar, que el lugar preponderante que tiene la mujer en el cuidado de la salud de los integrantes de su entorno familiar no solamente no es nuevo sino que además se han asentado estrategias de atención a la salud. Como por ejemplo, ya desde Alma Ata se afirmaba

En casi todas las sociedades las mujeres desempeñan una función importante en el fomento de la salud, sobre todo por la posición central que ocupan en la familia, lo cual indica que pueden aportar una importante contribución a la atención primaria de la salud, en especial para aplicar medidas preventivas (OMS;UNICEF, 1978, P.73)

Entonces, la familia y en particular las mujeres han tenido y tienen relevancia como “diamante” en la formulación e implementación en las políticas de protección social en relación al cuidado de la salud.

En el contexto actual, y en el marco de una profundización de reformas de segunda generación, los organismos multilaterales vienen impulsando para la región latinoamericana el MSR del cuidado de la salud centrado en la familia.

Las diferencias que se presentan entre países responden al lugar que cada uno le otorgó al Estado y al mercado. Aun así aquellos más progresistas que defienden la salud como un derecho ciudadano de responsabilidad estatal, tanto en su regulación como en su financiamiento y prestación, no lograron sortear todos mecanismos tendientes a la mercantilización y refamiliarización.

Reflexión final

A modo de síntesis, podemos decir que lo que impone la nueva política de protección social basada en el MSR, y siguiendo su propia estrategia es:

- Buscar la disminución de los riesgos en el deterioro de la salud (prevención) dando apoyo, con lógicas de mercado, a los sectores más empobrecidos, principalmente mujeres, con transferencias condicionadas en efectivo para que sean ellas las que manejen el riesgo.
- Introducir formas de aseguramiento formal o informal para disminuir (mitigación) los riesgos de posibles deterioros.
- Dejar para el Estado el alivio del impacto (superación) una vez producido el deterioro que el mercado no ha logrado resolver para los sectores más excluidos.

Estos puntos resaltados, muestran que el MSR en relación a las políticas de cuidado deja para el Estado aquello que el mercado intermediado por la familia (mujer) no logra resolver. Se observa una refamiliarización en la política de protección social para el cuidado de la salud.

Invierte de este modo la responsabilidad que sobre la salud de la población tenía el Estado, principalmente en el Estado de Bienestar, y se recuesta en la suerte que impone el mercado según situación de clase social, sexo, etnia, etc.

Por último, creemos que esta lógica pretende ilusoriamente, desdibujar al sujeto social y colectivo y reconfigurar al sujeto particular e individual como hacedor de su propio destino.

Bibliografía consultada

- Carrasco, Cristina; Borderías Cristina y Torns, Teresa (2011). "El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas". Los libros de la catarata. Disponible en www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Economia_critica/El_trabajo_de_cuidados_C. Carrasco C. Borderias T. Torns.pdf
- Finding, Liliana y López, Elsa (2015) *De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas*. Editorial Biblos. Bs.As.
- García Calvente María del Mar (s/f) "Cuidados de salud, género y desigualdad". Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Disponible en www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/editorial.pdf
- Hernández Bello, Amparo (2013) "Política sanitaria neoliberal y cuidado no remunerado de la salud: naturalización, desprotección, acumulación e inequidad". En *Revista Divulgacao Em Saude Para Debate*. N° 49. pp. 185-194. Rio de Janeiro.
- Hernández, Mario y col. (2015) "Trayectorias comparadas de la salud Brasil, México o Colombia, 1930-2015". *Presentación de PPT en el curso de Salud Internacional*. Consejo Consultivo de la sociedad civil para el Mercosur.
- Iriart, Celia y col. (2002). "Medicina Social Latinoamericana. Aportes y Desafíos" En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 12(2):128-136
- Jorgensen, Steen y Holzmann, Robert (2003) "Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá". En *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 21, núm. 1, enero-junio. Universidad de Antioquia. Colombia
- Laurell, Asa C. (1982): "La salud enfermedad como proceso social". En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 19: Rosario
- Pautassi, Laura y Zibecchi, Carla (2013) *Las fronteras del cuidado: agenda derechos e infraestructura*. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Rodríguez Enríquez, Corina (2005) "La economía del cuidado: un aporte conceptual para el estudio de políticas públicas". CIEPP. Buenos Aires. Disponible en www.ciepp.org.ar/index.php?page=shop.getfile&file

