Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2016

Informalidad laboral y accesibilidad a las políticas públicas de salud en el Municipio de General Pueyrredón : condiciones de acceso al sistema de salud de los miembros adultos de las familias en condiciones de informalidad laboral

Alvarez, Mariana Soledad

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/526

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO DE SERVICIO SOCIAL

Título

"Informalidad laboral y accesibilidad a las políticas públicas de salud en el Municipio de General Pueyrredón. Condiciones de acceso al sistema de salud de los miembros adultos de las familias en condiciones de informalidad laboral"

Director: **Lic. Dante Jeremías Boga**

Co-director: **Dr. Alejandro H. Del Valle**

Autor: **Alvarez, Mariana Soledad**

Matricula: **10894/10**

Año: **2016**

Fecha de Entrega: **13 de Abril**

INDICE

Contenido

Capítulo I: Introducción 3
1.1 Síntesis descriptiva. 4
1.2 Metodología. Métodos y técnicas a emplear. 6
1.2.1 Fuentes primarias. 6
1.2.2 Fuentes secundarias. 6
1.3 Objetivos. 7
1.3.1 Objetivo general 7
1.3.2 Objetivos específicos 7
1.4 Hipótesis 8
Capítulo II: Protección social e informalidad laboral 9
2. 1 Un acercamiento al concepto de protección social 10
2.2 Características de la Protección social en Argentina 12
2.3 Nociones de trabajo informal en América Latina 15
2.3.1 Transformaciones en el mundo del trabajo 15
2.3.2 El trabajo informal en América Latina y Argentina 17
2.4 Interrelaciones entre la informalidad laboral y protección social 19
Capítulo III: Salud pública y Ciudadanía 24
3.1 Conformación del sistema de salud en Argentina 25
3.2 La salud como derecho humano, desde la perspectiva de la Atención primaria .. 31
3.3 Debates en torno a la Ciudadanía 33
3.4 La noción actual de la ciudadanía en el marco del acceso a la salud pública 38
Capítulo IV: Trabajo social y accesibilidad a los derechos sociales 41
4.1 Un acercamiento al Trabajo Social 42
4.2 ¿Incumbencias del Trabajo Social? 45
4.3 El trabajo social desde la perspectiva de la accesibilidad 47
4.4 Políticas públicas y Trabajo Social 49
Capítulo V: Análisis de la situación de accesibilidad a la salud Pública en el Municipio de General Pueyrredón 55
5.1 Entrevista sobre la accesibilidad al sistema de salud público Municipal 56
5.2 Indicadores relevados 58

5.2.1 Funcionamiento y dinámica institucional 58
5.2.2 Accesibilidad física 61
5.2.3 Perfil de la población..... 62
5.2.4 Vinculación con programas, proyectos y la comunidad. 65
5.2.5 Debilidades y fortalezas de los Centros de atención primaria de salud 70
Capítulo VI: Conclusiones 72
Referencias 81
Bibliografía 81
Normativa consultada. 85
Sitios Web 86

Capítulo I: Introducción

1.1 Síntesis descriptiva.

El propósito de este trabajo es analizar la accesibilidad a los Centros de atención primaria de salud del sistema Municipal de General Pueyrredón, y las políticas públicas especificas en esta área. Dicho análisis se centra especialmente en las personas que desarrollan trabajos informales y por su situación laboral dependen exclusivamente de este subsistema ya que no pueden acceder al sistema de obra social, o prepaga.

Para ello se definirá el concepto de protección social e informalidad laboral, teniendo en cuenta que las formas dominantes de empleo propias de mediados del Siglo XX pierden su hegemonía y se expanden situaciones heterogéneas dentro del mercado laboral: trabajo provisional, trabajo de jornada parcial, trabajo por tiempo determinado etc. (Castel, 1997).

A su vez se caracterizará el desarrollo histórico que ha tenido el sistema de protección social, considerando las rupturas y continuidades luego del periodo denominado como "Reforma neoliberal del Estado" durante la década del 90.

Posteriormente se describirán las interrelaciones entre la informalidad laboral y la protección social y las vinculaciones entre el proceso de fragmentación social y la ruptura del sistema de protección social en Argentina.

En el siguiente capítulo se describirá la conformación histórica del Sistema de salud público argentino, vinculado a las medidas gubernamentales y las alianzas más relevantes entre la Sociedad civil y el Estado. Además de destaca la perspectiva de la salud pública desde la estrategia de la Atención primaria de salud.

La articulación que se realiza con la ciudadanía en este capítulo, ubica la discusión en torno al Estado y la noción de dicho concepto, especificando que la noción de *ciudadanía de baja intensidad* (O"Donnell, 1993) aporta elementos que sustantivamente complejizan la discusión sobre el rol social que ocupa la profesión con respecto a la exigibilidad de los derechos sociales

En complemento se desarrollará la noción actual de la ciudadanía en el marco del acceso a la salud pública, y en vinculación con las políticas públicas. Particularmente en el diseño y la implementación de los distintos Programas y/o proyectos de Salud actuales.

La parte IV del trabajo se desarrollara en torno a los debates acerca del Trabajo Social. Este abordaje, se encuentra en sintonía con la perspectiva histórico-critica la cual *"entiende el surgimiento de la profesión del asistente social como un subproducto de las síntesis de los proyectos político-económicos que operan en el desarrollo histórico, donde se reproduce material e ideológicamente la fracción de la clase hegemónica, cuando, en el contexto del capitalismo en su edad monopolista, el Estado toma para sí las respuestas a la 'cuestión social'* (Montaño, 2000).El objetivo del presente proyecto se posiciona desde esta perspectiva, teniendo en cuenta que el análisis de este estudio se centra en las modalidades que ha adquirido el Estado, para intervenir en este aspecto de la cuestión social (que en este estudio es la accesibilidad al sistema de salud pública en relación con la informalidad laboral), en un contexto pos neoliberal. De acuerdo con ésta corriente, se considera que las cuestiones contextuales deben ser mínimamente analizadas para poder considerar la situación actual del Trabajo Social frente al neoliberalismo, como también así su perspectiva de futuro. Luego, se analizan las relaciones que el Trabajo Social establece acerca a la temática, como acción estatal vinculada a las políticas públicas.

La parte V presenta un análisis en base a los resultados de la "Encuesta sobre accesibilidad al sistema público de salud de los trabajadores informales" realizada en el Partido de General Pueyrredón, centralizada en cinco indicadores: funcionamiento y dinámica de los centro de atención primaria de salud; accesibilidad física (medio de transporte públicos/privados, etc.) en relación a los barrios de procedencia; el perfil de la población que concurre a los Centros de Atención teniendo en cuenta las características familiares, nivel de ingresos, fuente ocupacional de los usuarios y cobertura de salud; vinculación del centro de salud en relación a las políticas públicas y la comunidad, y por último debilidades y fortalezas de los centros de atención primaria de salud entrevistados.

Por último, se trazarán algunas conclusiones en torno a los temas trabajados a lo largo del presente estudio.

1.2 Metodología. Métodos y técnicas a emplear.

1.2.1 Fuentes primarias.

Los principales datos empíricos provienen del análisis de las entrevistas diseñadas a partir de preguntas, semi-abiertas y abiertas y con diferentes escalas de opinión, dirigidas a los profesionales del servicio social de los centros de atención primaria de salud. Dichas entrevistas se centraran en las políticas públicas de salud específicas llevadas a cabo en cada centro de salud, como aquellas acciones y situaciones pertinentes que procuren información descriptiva a este estudio.

En sintonía con el tipo de muestra no probabilístico por conglomerados, la selección de los Centros de salud ha entrevistar, se basará en su ubicación geográfica dentro del área de jurisprudencia que le corresponde al Municipio de General Pueyrredón. La intención será abarcar, aproximadamente, un Centro de Salud por cada zona (oeste, norte, sur, centro). Intentando obtener un "muestreo por áreas".

La recopilación de dichas fuentes primarias incluirá, en los relatos provenientes de los referentes de los servicios sociales municipales, una aproximación sobre aquellos debates, desafíos y proyectos vigentes dentro de la dinámica político- institucional de la realidad local. Este acercamiento al personal municipal en ejercicio permitirá un análisis más específico, con el objetivo de obtener mayor conocimiento acerca de la relación entre lo macro y micro social de las políticas públicas y sociales.

1.2.2 Fuentes secundarias.

Las principales fuentes que se utilizaran provienen de los datos arrojados por el Programa *ACERCAR*, y el Programa de mejora de la gestión Municipal, en el marco del Proyecto *"Fortalecimiento de la capacidades técnicas y operativas del sistema público de salud del Partido de General Pueyrredón".* Al mismo tiempo se acudirá a las leyes, decretos y programas sociales desarrollados a nivel nacional, provincial y, municipal. Se analizará, fundamentalmente, los datos provenientes de las encuestas de indicadores laborales del Ministerio de Trabajo de la Nación, informes elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

De esta manera se verificarán cuáles son los principales aspectos que normativamente se tienen en cuenta a la hora de diseñar las políticas públicas relacionadas con el tema. En otro orden, se considerarán los datos emanados de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH).

A su vez se consideraran los informes provenientes de la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL) y los informes de balance y evaluación de los ministerios de trabajo y de salud sobre los programas en cuestión. Al mismo tiempo, también se acudirá a bibliografía especializada.

El objetivo de esta etapa es la búsqueda de información de archivo (periódicos, documentos, publicaciones, etc.) y el relevamiento de estudios empíricos previos vinculados las políticas públicas, desarrolladas en torno a la accesibilidad al sistema de salud y la informalidad laboral. De esta forma se pretende tener un relevamiento de cuales es y cómo han sido las formas de intervención estatal en este asunto y cuáles son los efectos sociales que esto produce. La información permitirá el cotejo de los resultados obtenidos y la realización de un análisis crítico tendiente a la demostración de la hipótesis propuesta, posibilitando el arribo a las conclusiones y a la elaboración de los puntos de vista y sugerencias propias de la investigación.

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo general

Analizar la accesibilidad a las políticas de salud pública de los miembros adultos del sector de trabajo informal en el Municipio de General Pueyrredón.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los límites y alcances de protección social y seguridad social del sistema de salud Municipal, respecto a los trabajadores/as informales.

- Conocer el sistema de accesibilidad física de las Instituciones de Salud en relación a los barrios del Municipio, (Distancia geográfica aproximada, vías de transporte, etc.)

- Dar cuenta de los recursos económicos, no solo monetarios, de los cuales disponen las Instituciones de Salud, para atender a la demanda. (Disponibilidad, tiempo, etc.)

- Indagar acerca de la existencia de aportes desde el Trabajo Social sobre la temática y caracterizar cómo ha sido su tratamiento.

1.4 Hipótesis

Los y las usuarios/as adultos/as que dependen de trabajos informales, y que no contribuyen al sistema de seguridad social, están sujetos exclusivamente al sistema de salud público. Esta situación requiere del diseño de políticas públicas de salud específicas por parte del Municipio de General Pueyrredón, a fin de no incrementar la vulnerabilidad de los mismos.

Capítulo II: Protección social e informalidad laboral

2. 1 Un acercamiento al concepto de protección social

Las investigaciones acerca de los sistemas de protección social en Argentina y Latinoamérica han sido razón de numerosos debates académicos y teóricos. Ésta notoria producción en materia de protección social e intervención estatal, expresa las particularidades del contexto social económico y político por el cual han atravesado estos países.

Las problemáticas referidas a la exclusión social, las desigualdades y la pobreza son cuestiones que aquejan y alertan a los países latinoamericanos y en este caso particular a Argentina, hacia finales del siglo XIX y principios del XX, cuando se torna necesario desde los gobiernos, proponer alternativas y medidas de inclusión social.

En principio, pensar a la protección social no se presenta como una tarea sencilla ya que el concepto no es unívoco. En la literatura se suelen emplear expresiones como previsión, seguridad y protección social entendiéndolas como 'el conjunto integrado de medidas, generalmente de carácter estatal, ordenado para afrontar diferentes contingencias que pueden afectar la vida de sus comunidades e individuos de manera eventual o permanente' (Seco y Romo, 2005: 1)

En otras oportunidades suele indicarse que la protección social es más 'global y amplia que la seguridad social' y comprende dos sub-categorías: la previsión y la seguridad social (Gonzalo González, 2001: 4).

Por otra parte, algunos autores Cichon*et al*., (2004: 54) la definen como "el conjunto de intervenciones de entes públicos y privados que buscan aliviar a los hogares y a los individuos de la carga que significa una serie de riesgos y necesidades" por lo que, el sistema de protección social estaría conformado por aquellas organizaciones de la sociedad civil que se orienten al desarrollo de: el acceso a bienes y servicios básicos esenciales; la protección y prevención, y la promoción de oportunidades sociales. En el mismo sentido, Hagemejer (2001: 2) sostiene que "La protección social abarca todas las intervenciones públicas o privadas que buscan mitigar la carga de un conjunto de riesgos y necesidades de los hogares y de los individuos". Esta protección se brinda "sin que exista un acuerdo recíproco simultáneo o un acuerdo individual".

En este sentido, éstas definiciones se diferencian de la que plantea el Banco Mundial (2001:4) cuando afirma que es "… el conjunto de intervenciones que buscan

disminuir la vulnerabilidad de los individuos pobres, las familias o las comunidades, a través de un mejor manejo del riesgo…" por lo que limitan a la protección social a cubrir las necesidades de los 'pobres'.

Sin embargo, existe cierto consenso en asumir que la protección social es resultado de la intervención del poder público antes que el sector privado. En esta línea argumental, Banco de Desarrollo Asiático (2001:1) la define como el "conjunto de políticas y programas diseñados para reducir la pobreza y la vulnerabilidad, promoviendo la eficiencia de los mercados laborales, disminuyendo la exposición de las personas a riesgos y fortaleciendo su capacidad para protegerse de interrupciones o pérdidas de ingreso".

Por su parte, Acosta, O y Ramírez, J (2004: 25) sostienen que la protección social son aquellas "intervenciones del estado para prevenir, mitigar y enfrentar los riesgos constituyen su política de protección social, con la cual se buscan dos objetivos principales. El primero, la reducción de la vulnerabilidad de los hogares con ingresos muy bajos ante caídas del consumo y de su acceso a servicios básicos. El segundo, suavizar el consumo a lo largo del ciclo de vida para todos los hogares y, por tanto, una distribución más equitativa del bienestar".

Holzmann y Jorgensen (2000: 3) comprenden a la protección social como las "medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos a las personas" y proponen definirla "como intervenciones públicas para (i) asistir a las personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y (ii) proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza".

Por último, Marcus (2004: 1) la define como el "Conjunto de medidas encaminadas a: (i) proteger a las personas de choques que los puedan llevar a la pobreza, (ii) hacer a la gente menos vulnerable a estos choques, (iii) proteger a la gente contra la pobreza extrema y sus efectos sobre el bienestar y iv) proteger el bienestar durante períodos de vulnerabilidad del ciclo de vida".

Se puede concluir que la protección social consiste en la acción de proteger de los riesgos reduciendo el impacto sobre el individuo y la sociedad. En síntesis, es el conjunto de instituciones públicas que protegen a las personas contra las privaciones y riesgos económicos y sociales.

En lo relativo a las áreas que cubre la protección social, Navarro y Quiroga (2003: 74), sostienen que la Protección Social debe incluir las siguientes funciones: "…*Enfermedad y atención sanitaria*: actividades relacionadas al mantenimiento de la salud y al tratamiento de enfermedades; *Invalidez*: prestaciones de mantenimiento de la renta y las ayudas en efectivos o en servicios relacionados a atención de las personas con disminución de sus capacidades físicas o psíquicas; *Vejez*: prestaciones de jubilación y ayudas dinerarias o en servicios relacionados con la vejez; *Supervivencia*: incluye las prestaciones por viudedad y orfandad y las ayudas en efectivo o en servicios relacionados con la muerte de un miembro de la familia; *Familia e hijos*: prestaciones en efectivo o servicios de atención al embarazo, nacimiento, adopción y maternidad; *Paro*: mantenimiento de una renta mínima para los parados y servicios relacionados con la situación de paro; *Vivienda*: financiación de la vivienda; *Exclusión social no clasificada en otros apartados*: mantenimiento de renta y otros servicios relacionados con la lucha contra la exclusión social…".

En realidad, los dispositivos estatales de intervención en el área de la protección social pueden agruparse en: asistencia social; seguro social y seguridad social.

2.2 Características de la Protección social en Argentina

Hasta la década de 1990 Argentina fue definida como un país pionero dentro del continente en tanto que, junto a Uruguay, se había caracterizado por alcanzar altos grados de cobertura y universalización (aunque de manera estratificada) del bienestar en la población (Mesa Lago, 1989) (Filgueira, 2002).

En términos generales, la protección social en Argentina, es de base contributiva y presenta un amplio desarrollo de la seguridad social que prevalece sobre todos los demás componentes del gasto social (Del Valle, 2008: 172). En este sentido, la política social tuvo como ejes fundamentales al empleo y los ingresos por lo que se apoyaba "en transferencias y subsidios al consumo privado, e incentivos a la productividad del trabajador" (Del Valle, 2006: 180). Funcionando como un 'sistema de protección compensatorio' las instituciones públicas tenían un papel accesorio respecto del mercado que era el principal proveedor de la satisfacción de las necesidades sociales.

Esto se debió a que durante el período sustitutivo de importaciones (1940-1980) la relación política social – política económica se asentó sobre el rol que había adquirido el estado y se sustentaba en la apropiación de una parte considerable de los recursos financieros provenientes de las exportaciones que, en virtud de su productividad, se habían transformado en el sector de la economía con capacidad de generar un excedente de ingresos. (Del Valle, 2010: 245)

Este modelo de protección social, consistió en que el mismo estaba dirigido principalmente al varón cabeza de familia, y a través de éste, hacía descansar sobre la familia la responsabilidad principal de dispensar cobertura del riesgo y cuidados de bienestar a sus miembros en circunstancias de necesidad; una obligación que se establecía incluso a través de preceptos legales.

En esta lógica de la protección social el lugar que ocupaba el trabajador formal –varón cabeza de familia- en el mercado de trabajo reforzaba la autoridad de aquél y la centralidad de esta institución –mercado laboral- en la arquitectura de la protección social.

Por estos motivos, el sistema de protección social antes que responder a los riesgos derivados del mercado de trabajo se estructuró para responder a los riesgos derivados de los fallos en el sistema familiar y a aquellas situaciones que correspondían a la imposibilidad física de incorporarse a aquel mercado –invalidez, edad, etc.-.

Si bien desde mediados de los años setenta, el modelo comenzó su transformación, no fue sino hasta fines de los años ochenta cuando la hiperinflación y la parálisis institucional brindaron inigualables condiciones para la adopción de un nuevo paradigma productivo. En efecto, los procesos hiper inflacionarios de 1989 y 1990 provocaron un deterioro en los sectores más bajos de la sociedad dando inicio al proceso de empobrecimiento de los sectores medios quienes brindaron una amplia aceptación a los postulados neoliberales con la esperanza de recuperar su situación anterior.(Del Valle, 2010)

Bajo el proceso conocido como “Reforma del Estado” el gobierno promovió un conjunto de decretos que dieron lugar a la privatización de empresas estatales, la capitalización de créditos por parte de los acreedores del Estado, el despido de trabajadores como condición para las privatizaciones, la ejecución de los contratos de

todo ente en que el Estado Nacional tuviera participación total o mayoritaria y la desregulación de las empresas privadas.

Al mismo tiempo se produjo una apertura de la economía y las políticas económicas se orientaron a conseguir la estabilidad de las cuentas externas y el saneamiento monetario. Para lograr este último objetivo, en 1991, Argentina impulsó un sistema de paridad cambiaria con el dólar conocido como Plan de Convertibilidad.

Siguiendo la interpretación prevaleciente de los organismos internacionales que se basada en la teoría neoclásica, las reformas económicas puestas en marcha en la Argentina reforzarían al mercado como asignador de recursos y eliminarían aquellas distorsiones que afectaban negativamente la demanda laboral

El progresivo incremento de la flexibilización y precarización laboral generó fenómenos tales como el desempleo estructural, aumento de los subempleados: en trabajos informales y precarios, o como asalariados en el sector servicios y se incremento la tercerización, lo que el autor Isuani (2010) denomina como nueva exclusión "La nueva exclusión es fruto de una nueva etapa histórica denominada neoliberal (…) el Estado se retrae de la acción económica y social que había desplegado durante el keynesianismo; y también como en la etapa liberal desaparece la preocupación por el pleno empleo".

Ese conjunto de políticas produjo un impacto en toda la estructura social de Argentina y definió una nueva matriz socioeconómica de alta vulnerabilidad. En síntesis, la ruptura del edificio de la protección social basado en el empleo y los ingresos por medio del proceso de creciente precarización del empleo se consolidó con la transformación del modelo de organización económica y social que se impuso en el país y en gran parte del mundo y que se centró en una transferencia de poder y recursos del Estado al sector privado.

Este proceso llevado adelante por el modelo neoliberal, construyó la estrategia de la "focalización" sobre la políticas sociales. La idea de focalización se dirigía al reconocimiento de la existencia de grupos excluidos. Estos son definidos como aquellos "grupos vulnerados y con escasa capacidad de presión para la defensa o consecución de sus intereses". Los resultados de este modelo radican en una sociedad sumamente fragmentada, en la que los actores se individualizan, al mismo tiempo que los sujetos

colectivos pierden poder. De esta manera se puede visualizar la orientación de la política social. Es decir, la concepción hegemónica que direccionó al Estado, fue definir a la sociedad como mero agregado de individuos que realizan sus intereses individuales. Es decir que de acuerdo a este pensamiento, la vivienda, la educación, el trabajo, etc. pierden su condición de derechos, para convertirse en un bien material al cual se accede por medio del mercado. Por lo tanto, es un problema de particulares. Este proceso de creciente fragmentación social no encontró respuesta por parte del Estado sino hasta la crisis de 2001(Grassi E., 1999).

A partir de allí, se eliminaron gran parte de los programas nacionales que funcionaban descoordinadamente y se concentró el financiamiento en las áreas de alimentación, nutrición, salud (provisión de medicamentos, vacunas, otros insumos y leche fortificada) y, en programas de ingresos condicionados; en un primer momento orientados hacia la inserción laboral (Plan Jefes de Hogar) y, posteriormente hacia la gestión de riesgos y disminución del ciclo de reproducción de la pobreza (Plan Familias y Asignación Universal por hijo).

A partir de 2003, desde el Ministerio de Desarrollo Social se planteó reordenar la multiplicidad de programas existentes en tres grandes líneas: economía social, políticas alimentarias y familias de mayor vulnerabilidad. Este cambio se concretó en el citado Plan Familias por la Inclusión Social, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y el Plan Nacional de Economía Social y Desarrollo Local “Manos a la Obra”.

Si bien, persisten interrogantes que se presentan respecto al alcance de la universalidad y los requerimientos a los que están sujetos dichos otorgamientos la implementación y diseño de este tipo de políticas permite y abre nuevamente el debate entre los distintos sectores sociales, y la posibilidad de establecer un quiebre con las políticas neoliberales propias de la década del noventa.

2.3 Nociones de trabajo informal en América Latina

2.3.1 Transformaciones en el mundo del trabajo

Diversos autores relacionados con el tema afirman que la situación actual está marcada por cambios en la condición salarial: el desempleo, la precarización de las situaciones de trabajo. En este sentido Castells(1993) postula que “Los sistemas clásicos de protección para cubrir estos estados, la multiplicación de los individuos que ocupan en la sociedad una posición de supernumerarios, “inempleables”, desempleados o empleados de una manera precaria, intermitente, para ellos el futuro tiene el sello de lo aleatorio”

En este mismo sentido, se puede decir que en el actual contexto histórico la ruptura de viejos esquemas lineales, que permitían planes de carrera y proyectos de vida genera perplejidad y desconcierto en el mundo del trabajo, “identidades fragmentadas” en los empleos flexibles (Mignone, 1993:15)

Antes de definir qué se entiende por trabajo informal, se considera pertinente mencionar algunos hechos históricos que dan sustento a las afirmaciones expuestas anteriormente. El primer análisis que se debe tener en cuenta es que el mundo del trabajo (no solo del empleo) pasó en las décadas del ‘80 y ’90 por profundas trasformaciones. Estas alteraciones - en la organización de la producción, en el gerenciamiento de la industria, en las relaciones contractuales de trabajo, en la comercialización - tienen como fundamento el modelo de producción japonés, concebido inicialmente por TaiichiOhno, en la industria automotriz Toyota.

El modelo neoliberal predominante a nivel mundial, que no será analizado en forma directa en este trabajo, forma parte de algunos de los elementos constitutivos del trabajo informal. Se tomaran a partir de este fenómeno mundial, las consecuencias que se produjeron en relación al ámbito del trabajo en Argentina.

La profundización de los desequilibrios en el mercado de trabajo en Argentina estuvo constituida por las reformas estructurales acompañadas de un proceso de desregulación, liberalización de los mercados, sumado a la privatización de numerosas empresas estatales. Al mismo tiempo que se desencadenaban esta serie políticas, en lo que respecta a las leyes laborales se visualizaban cambios acordes al momento histórico, por ejemplo en la disminución de los aportes patronales a la seguridad social y los costos asociados a hechos eventuales como el despido y los accidentes de trabajo (Beccaria, 1999).

Desde una perspectiva histórica que comprende a su vez la fragmentación del Estado de Bienestar, basado en la "sociedad del trabajo" se puede concluir que este ha sido una promesa inconclusa. Esta afirmación se visualiza por medio de la evidencia de una muy baja cobertura de la fuerza de trabajo, la cual a su vez incide en la exclusión social. Asimismo se destaca que la desigualdad en la distribución del ingreso se traslada a la protección social, ya que los sectores de más bajos ingresos se insertan en las ocupaciones que la seguridad social no cubría. (Uthoff A.; 2008)

En este contexto, las formas dominantes de empleo propias de mediados del Siglo XX pierden su hegemonía, se expanden situaciones heterogéneas dentro del mercado laboral; trabajo provisional, trabajo de jornada parcial, trabajo por tiempo determinado etc. (Castel, 1997). Debido a este escenario, y al surgimiento de estas formas "no tradicionales" de empleo, se suele excluir, en tanto que se aparta del considerado "trabajo formal", a las múltiples modalidades de trabajo derivados, entre ellas el trabajo informal.

2.3.2 El trabajo informal en América Latina y Argentina

Definir el trabajo informal en la actual coyuntura es una tarea de gran complejidad, sin perjuicio de ello podría citarse a algunos autores que han contribuido en la dilucidación de este concepto.

El primer antecedente en América Latina de esta problemática lo constituye el amplio debate sobre la marginalidad iniciado en la década del 60. En este marco, se entendía como una característica del capitalismo periférico la incapacidad del sistema productivo de absorber a través del mercado de trabajo a toda la mano de obra disponible, dando lugar a la existencia de una "masa marginal" (Nun, Marín y Murmis, 1969).

En la perspectiva de la PREALC, la informalidad abarca las unidades productivas de pequeña escala en el medio urbano, de reducida cantidad de capital por trabajador, de organización rudimentaria, baja productividad, escasa capacidad de acumulación y bajo nivel tecnológico, limitada división social del trabajo y predominio de actividades unipersonales que generalmente involucran relaciones de trabajo familiares y presentan un escaso desarrollo de relaciones salariales.

Por otro lado, Beccaria y Vinocur (1999) entienden como trabajo informal al conformado por las unidades productivas en las cuales no se verifica estrictamente la separación entre capital y trabajo. Operacionalmente suele identificarse este segmento con cuentapropistas y los establecimientos pequeños. Además agregan que: "*las consecuencias del crecimiento de la informalidad es la expansión del número de trabajadores precarios o clandestinos, esto es aquellos que no están registrados en la seguridad social y por lo tanto no gozan de los beneficios básicos de la legislación laboral.*"

En Argentina la fragmentación del trabajo se ha convertido en uno de los principales problemas sociales y económicos de los últimos años, lo que implica nuevas desigualdades sociales. Mar del Plata, se presenta como un escenario que ejemplifica esta problemática, posicionándose como una de las ciudades con los índices de desocupación más altos del país (11%), (INDEC, 2013). Esta situación genera no solo el deterioro de la condición salarial, sino también el incremento de trabajadores en situación de extrema vulnerabilidad social.

La información obtenida por el Módulo "Aspectos Metodológicos y conceptuales" las unidades productivas identificadas como informales están representadas en su mayoría por trabajadores por cuenta propia o microempresas de hasta de 5 trabajadores. En efecto, el 86% de los trabajadores en unidades productivas informales son trabajadores por cuenta propia, los que representan casi dos tercios del total de ocupados en unidades informales, o bien asalariados y empleadores trabajando en microempresas. Es decir, que son unidades económicas que por su reducida escala difícilmente se encuentren en condiciones de afrontar los costos de formalizar sus actividades.

Se podrá argumentar que si bien la contratación formal no asegura el acceso a sistemas y seguros de salud, pero su inexistencia vulnera notablemente el derecho de los trabajadores a estos servicios, sobre todo en cuanto al acceso a prestaciones de salud por enfermedades profesionales o accidentes laborales, aunque también respecto de la afiliación y cobertura de sus familiares dependientes. Una situación relativamente similar ocurre con respecto a la afiliación y cotización en los sistemas previsionales.

La categoría de trabajo informal que se analiza en esta investigación es producto de las transformaciones por las cuales atraviesa el concepto de mercado de trabajo.

Ciertas actividades que se encontraban por “fuera” del mercado de trabajo, en la actualidad fueron incorporadas legalmente por este mercado y reguladas incluso por el Estado. Sin embargo, esta incorporación se estableció siguiendo parámetros novedosos, los cuales no necesariamente coinciden con lo que tradicionalmente se considero “trabajo formal”. Mientras tanto, otras actividades que se encontraban “dentro” de la regulación del mercado, en la actualidad, se han visto sujetas a transformaciones que tornan discutible su grado de formalidad. A partir de estos procesos se fueron construyendo nuevas relaciones de mercado y/o se generan nuevas relaciones de dependencia que es necesario analizar.

Por lo tanto las transformaciones en el mercado de trabajo no se agotan en los niveles de ocupación ni asalarización sino que abarca a la calidad de los empleos y la capacidad de acceso al bienestar. Al hablar de calidad se entiende que se trata de factores que hacen al bienestar ya que quitan incertidumbres sobre el futuro, de este modo, la existencia de contrato, su duración, la cobertura de prestaciones de salud, la cotización en sistemas de previsión social y otras prestaciones sociales, las condiciones físicas y la carga de trabajo, la extensión de la jornada y el nivel de remuneración, son elementos a tener en cuenta (Del Valle A., 2010)

2.4 Interrelaciones entre la informalidad laboral y protección social

La idea de este planteo, es interrogarse acerca de la relación existente entre la informalidad laboral y mecanismos de protección social.

En su análisis sobre países no desarrollados, Gough (1999) y Gough y Wood (2004) llegaron a la conclusión que en América Latina, los estados no regulan a los mercados y, éstos frecuentemente excluyen a la mayoría de la población por lo que gran parte de la producción del bienestar descansa en las familias y las redes sociales de apoyo, en este sentido, todos los regímenes de bienestar en América latina poseen un elemento de informalidad; un ejemplo es el de los trabajadores independientes (incluyendo a empleadores y trabajadores por cuenta propia) que desarrollan una actividad laboral para su propio emprendimiento económico o unidad productiva, lo que hace que, lo que debería ser su marco legal de referencia sea el conjunto de normas que regulan las actividades económicas, a lo que se suman las obligaciones previsionales, no

se encuentre al alcance de los trabajadores por su propia condición laboral, ocasionando que la inobservancia de estas normas provoque una situación de vulnerabilidad económica tanto en aspectos que influyen directamente en el desarrollo de su actividad y su capacidad de generación de ingresos, como en el acceso a los beneficios futuros del sistema de previsión social.

El enfoque del concepto de informalidad para este estudio se remonta a un cambio de en la conceptualización del problema de ´trabajo´ en la sociedad. Para ello, se tiene en cuenta el postulado desarrollado por Uthof quien procura diferenciar a la mirada centrada en la fuerza de trabajo, que identifica con problemas de empleo a aquellos
adultos en edades activas que, deseando trabajar, no logran emplearse, y que se mensura a través de la tasa de desempleo abierto, hacia otra centrada en la situación o“status” de la fuerza de trabajo que incluye además de los problemas de empleo, a aquellos ocupados en ocupaciones de baja productividad, que trabajan menos horas que las deseadas, que no ocupan adecuadamente sus calificaciones, que no acceden a mecanismos de protección y que habitualmente se auto emplean, o lo hacen en pequeñas empresas en condiciones de mucha precariedad.

Este componente del problema de trabajo se mensura a través de tasas según las diversas formas de subempleo (horas, calificación, informalidad).

En este contexto, la discusión sobre la protección social no puede mantenerse en el terreno normativo debido a que el riesgo de una ‘fragmentación social’ tiene una dimensión política concreta: una sociedad donde un tercio de la población no alcanza a acceder a un mínimo de protección social, donde queda aislada de los procesos socio-políticos y termina entre la escasez de recursos y la incapacidad para acceder por canales normalizados a la obtención de los mismos, se transforma en un mundo donde el escenario urbano deja de ser un espacio de integración y donde los procesos sociales profundizan el debilitamiento de la cohesión dificultando cualquier proceso ulterior para el desarrollo (Del Valle, 2013).

En términos concretos los estudios de cobertura (Rofman 2005) aportan midiendo la cobertura como el porcentaje de ocupados que están afiliados a algún sistema de protección social. El mas recurrido es el de afiliación a los sistemas de seguridad social en salud

Entre las principales variables que discriminan entre ocupados afiliados y no afiliados se encuentran: la localización rural o urbana del trabajador, su inserción en el sector formal o informal del mercado de trabajo y su categoría de asalariado o no asalariado. Entre las personas ocupadas no hay diferencias por sexo, sin embargo el hecho que las mujeres participen menos de la actividad económica en el mercado que los hombres, significa que hay menos afiliadas entre el universo total de mujeres que entre aquel de los hombres.

Sobre la base de los estudios científicos relacionados con el tema, puede señalarse que la región tiene un serio problema de cobertura de la protección social: en promedio solo 44 de cada 100ocupados están cubiertos, situación que es más grave entre los ocupados en las áreas rurales, donde solo 22 de cada 100 está cubierto, en el sector informal del mercado de trabajo, donde solo 17 de cada 100 ocupados está cubierto, y entre los no asalariados donde 21 de cada 100 ocupados está cubierto (CEPAL, 2006).

Este enfoque cobra relevancia a partir de que numerosos estudios, entre ellos los de La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2006) quienes destacan que la desigualdad en la distribución del ingreso se traslada a la protección social, ya que los sectores demás bajos ingresos se insertan en las ocupaciones que la seguridad social no cubría.

En relación a los sucesos ya mencionados sobre la ruptura del edificio de la protección social basado en el empleo y los ingresos en conjunto con la creciente precarización del empleo el cual se consolidó con la transformación del modelo de organización económica y social que se impuso en el país y en gran parte del mundo, a partir de este punto de inflexión es que informalidad laboral y protección social están ligados. Se interrelacionan a través de esta serie de restricciones que se imponen desde el gobierno, las cuales antes estaban cubiertas mediante la contribución del empleo formal, y a partir de éstas políticas, producto de la ambigüedad de las contrataciones laborales, han generado una restricción de acceso a los beneficios que poseían los trabajadores en materia de protección social.

Por lo tanto, siendo que la base contributiva, que es el mercado de trabajo, no ha demostrado una capacidad incluyente ni en términos de generación de trabajo

decente ni de niveles contributivos, la coyuntura actual obliga a repensar los mecanismos instituidos de solidaridad con fines de protección social (CEPAL, op cit. P 12).

Según la CEPAL en ella es preciso avanzar hacia acuerdos sociales que tengan a los derechos sociales como horizontes normativos y a las desigualdades y restricciones presupuestarias como restricciones que es preciso reconocer y enfrentar.

El objetivo es conciliar los objetivos éticos que sirven a un contrato de protección social centrado en derechos con las restricciones financieras originadas por la falta de capacidades contributivas dada la heterogeneidad de situaciones laborales; y por la limitada capacidad de financiamiento no contributivo asociada a la baja carga tributaria del estado.

CEPAL ha destacado que la región se ve obligada a replantearse la protección social en el marco de una solidaridad integral, una en que se combinen mecanismos contributivos y no contributivos bajo la concertación de un nuevo pacto social. Este pacto debe tener a los derechos sociales como horizonte normativo y a las desigualdades socio-económicas y las restricciones presupuestarias como limitantes que es necesario reconocer y enfrentar.

En síntesis, la estructura y dinámica del mercado de trabajo, en particular de su nivel de desarrollo medido por la informalidad, no han facilitado la ampliación de la cobertura por afiliación de la protección social. Entre 1990 y 2006 la cobertura ha empeorado. Esto ha resultado como consecuencia de los ajustes del mercado de trabajo a través de aumentos del desempleo, la escasa expansión del empleo asalariado, el aumento de la informalidad y la precarización del empleo formal (CEPAL,2006. op cit.). Solo los países que han logrado disminuir significativamente el tamaño relativo de la ocupación informal, parecen haber mantenido o mejorado levemente la cobertura por afiliación entre los ocupados.

Es por ello que la aceleración del ritmo de crecimiento no basta por sí sola para revertir este proceso. Es necesario implementar políticas laborales que incentiven la protección social de los trabajadores, reduciendo la incompatibilidad entre mayor flexibilización y mayor protección, lo que implica políticas activas para garantizar la

protección, compensar a los trabajadores en periodos de desempleo y apoyarlo en la rápida reinserción laboral (Rofman, 2011).

En conclusión, la fragmentación social se define en términos del proceso por el cual los agrupamientos colectivos por rama de ocupación que antaño constituían macro identidades sociales, las mismas actualmente han pasado a formar una multiplicidad de identidades particulares autónomas. Al mismo tiempo otro elemento que compone dicha fragmentación es la acentuación de los factores sociales y de los complejos de socialización caracterizados por el impacto del individualismo que se manifiesta en formas no cohesivas y anti solidarias. Entonces podemos afirmar que tras los procesos de ajuste estructural y reformas, en América latina, se ha pasado de un sistema de bienestar a un sistema que tiende a fragmentar las relaciones sociales.

Capítulo III: Salud pública y Ciudadanía

3.1 Conformación del sistema de salud en Argentina

Para caracterizar la conformación del sistema de salud en Argentina se considera pertinente tener en cuenta que tanto los avances y retrocesos en su desarrollo, forman parte de la interrelación constante entre la Sociedad civil y el Estado, atravesados ambos por la mediación del sistema político coyuntural. Esto quiere decir que, este sistema no corresponde a una estructura rígida, sino por lo contrario, cambiante con los tiempos y los contextos históricos.

El sistema de salud argentino se conformó en el transcurso de nuestra historia sobre la base de la expansión temprana de los hospitales públicos, el desarrollo del sector médico privado, la ayuda mutua entre connacionales, la incorporación de servicios de salud por parte de los sindicatos y la expansión de las obras sociales.

Dicho desarrollo mermó entre el universalismo y la fragmentación, dependiendo de las coyunturas históricas y la correlación de fuerzas sociales entre otras cosas; es decir, su conformación no se mantuvo ajena a los conflictos y tensiones de cada periodo histórico, es por ello que sus reiteradas rupturas son inseparables de tales disputas. Por lo tanto, la correspondiente inestabilidad política social y económica concluyó en un gran impacto sobre la continuidad de las distintas políticas estatales referidas a este campo.

Algunas conclusiones a las que arriban los autores instruidos en el tema (Teixido L.; – Perrone N., 2007:3) sobre este proceso, fue “la multiplicidad de jurisdicciones, la superposición de prestaciones, la sub y sobre utilización de recursos, la estratificación en el acceso a los servicios y las dificultades para definir prioridades, entre otros aspectos”.

Sin embargo como se mencionó en el encabezado del capítulo, la conformación del sistema de salud no fue homogénea, es por ello que a continuación se desarrolla brevemente los puntos salientes de cada periodo histórico, con el fin de visualizar rupturas y continuidades que contribuyan a analizar la realidad actual.

Durante el periodo colonial primó las relaciones público-religioso privadas de sistema de salud. Luego, la independencia nacional de 1816, procedió poco después al reemplazo de las instituciones heredadas, a dar lugar al Servicio Médico y al Tribunal

de Medicina, así como a la creación de la Sociedad de Damas de Beneficencia y de la Universidad de Buenos Aires durante el gobierno de Bernardino Rivadavia.

El proceso de construcción del Estado Nación, la sanción de la Constitución Nacional de 1853 y la federalización de la Ciudad de Buenos Aires en 1880, fue característico de numerosas tensiones políticas, internas al propio Estado, en la relación entre la Nación y las Provincias.

El desarrollo sanitario, se debió en gran parte a los emergentes de la guerra y las luchas internas, la aparición de epidemias y el crecimiento poblacional, acompañadas por la urbanización y el desarrollo económico, avanzado ya el siglo XIX.

Estas circunstancias exigieron y encontraron respuestas varias por parte del Estado y la visión y participación de los higienistas de la época resultaron clave en la transformación y el fortalecimiento de las instituciones sanitarias estatales y en la expansión de los hospitales públicos (Teixido L.; Perrone N, 2007:10).

La década del 30, influida por la crisis económica mundial abrió paso a una mayor intervención del Estado en diferentes áreas de la actividad económica y social, este suceso genero nuevas relaciones entre la sociedad y el Estado y contribuyó al desarrollo de nuevas alianzas que involucraron al campo de la salud.

Desde 1946 se crea el Ministerio de Salud con Ramón Carrillo, como su primer ministro. Los procesos de extensión de cobertura iniciados desde ese ministerio con la duplicación de la cantidad de camas hospitalarias en el país y éxitos, como por ejemplo, el control y la cuasi erradicación del paludismo (Spinelli H., 2010:280).

De esta manera, la centralización del Estado, propiciada por el Ministro y por, el decidido apoyo estatal a la atención médica brindada por las obras sociales sindicales a los trabajadores, estuvo acompañada de un importante desarrollo de los hospitales públicos de dependencia nacional, que en las décadas siguientes serían transferidos a las provincias en las que asentaban. El apoyo a las obras sociales de los sindicatos impulsó el seguro social en salud para la clase trabajadora e intensificó la participación política de las entidades gremiales involucradas.

Otro hecho crucial en este recorrido histórico, fue el dictado de la ley 18.610 de Obras Sociales en los inicios de la década del 70, dicha ley extendió el seguro social a

todos los trabajadores en relación de dependencia mediante la afiliación obligatoria a la obra social, y estableció su financiamiento.

La experiencia en los '70 de un Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objetivo de articular y unificar el sistema de salud; o el intento de un Seguro Nacional de Salud en los inicios de la democracia en los '80, son algunas de las referencias que se podrían tomar para señalar esta etapa.

En la década del 90, las reformas estructurales inspiradas en los principios liberales del Consenso de Washington orientaron la incorporación del sistema de salud al servicio del mercado, a través del impulso a los hospitales públicos de autogestión y la desregulación del sistema de obras sociales. Las crisis de la deuda y de la gobernabilidad cierran el siglo XX y los sistemas de servicios de salud no son ajenos a ésta. Las obras sociales se desfinancian por la inimaginable desocupación y la consecuente disminución de aportes; los hospitales públicos afrontan los incrementos de las demandas.

En términos generales, la infraestructura estatal ha sufrido un proceso de paulatino deterioro que junto con la descentralización de los servicios hacia las provincias (que disponen de dispar capacidad financiera y de gestión), dio lugar a una pérdida de calidad del servicio, dada la baja inversión pública y la sobredemanda de la población; y a la heterogeneidad de la atención sanitaria incluso dentro del subsistema de salud pública en función de las disímiles capacidades instaladas en cada provincia y/o municipio (MSA, 2008: 27).

Otro aspecto destacable que el 40% de la población que acude a los centros de atención primaria y los hospitales públicos poseen algún tipo de cobertura, sin que el subsistema público recupere los costos en que incurre por atender a ese amplio número de personas (Maceira, 2008).

Respecto del subsector de la seguridad social, la existencia de una variada oferta de servicios de salud gestionada por las diversas obras sociales, en manos de organizaciones sindicales de organización centralizada, genera una dispersión de la cobertura y dificultades para coordinar políticas de salud. Su financiamiento se encuentra directamente relacionado con la dinámica del mercado laboral, por lo cual la

precarización de las décadas del ochenta y noventa significó menores ingresos para ellas.

Finalmente, merece destacarse que el gobierno central tiene facultades para fiscalizar el funcionamiento de las obras sociales nacionales a través de la Superintendencia de Seguros de Salud, pero este mandato no alcanza a las obras sociales provinciales, al INSSJyP ni al sector privado (PNUD, 2010).

Junto con esto, la existencia de un mercado privado de la salud de características muy diferenciadas en cada región del país introduce una seria condicionalidad a cualquier proceso de reforma pensado exclusivamente desde el sector público (Cetrángolo y otros, 2002).

Sin embargo, si bien la reforma liberal del Estado provoca una profunda crisis en el sistema público de salud, es importante destacar que nuestro país se distingue, en América Latina, por una extensa oferta asistencial (con un sofisticado desarrollo tecnológico en la prestación de servicios de alta complejidad), una elevada capacidad técnica y un alto nivel de gasto (Spinelli H., 2010:278)

Dentro del conjunto de acciones llevadas adelante por el Estado en materia de salud que se destacan ya que son una inflexión respecto al período anterior podemos citar la sanción durante el año 2002 de la Ley de Genéricos(Ley N° 25.649). Ésta Ley establece que toda receta o prescripción médica u odontológica debe expresar el nombre genérico del medicamento, de forma tal que el consumidor pueda elegir la marca y el precio de su conveniencia por lo que tendió a revertir la tendencia histórica al alza en el precio de los medicamentos.

Al mismo tiempo, año 2002, se creó el programa Remediar, con el objetivo de garantizar el acceso de la población en situación de pobreza a medicamentos que sirven para tratar el 90% de las patologías más frecuentes en el primer nivel de atención. El alcance de este programa es importante, por ejemplo, sobre un total de 34,8millones de Recetas Remediar se identificaron 13.290.691 millones de beneficiarios distintos (personas únicas) lo que representa casi el 40 % de la población total de Argentina.

El programa mostró en sus primeros años una adecuada focalización, en tanto el 94% de sus beneficiarios pertenece a hogares pobres y el 71% se encuentra bajo la línea de indigencia. Además, el cruce de registros con bases de obras sociales y seguros

privados de salud permitió determinar que más del 84,3 % de las personas identificadas unívocamente depende exclusivamente de la cobertura pública para atender el cuidado de su salud (Remediar, 2006).

El impacto de la transferencia media representa aproximadamente el 41% del ingreso per cápita de los beneficiarios que viven en hogares indigentes, el 15% de quienes pertenecen a hogares pobres y el 6% de los beneficiarios no pobres (Remediar, 2006).

En la actualidad el Ministerio de Salud, en el marco del Plan Federal de salud desarrolla tres líneas de acción: el fortalecimiento de redes de salud a través del financiamiento de proyectos provinciales y locales participativos (Remediar + Redes), la provisión de medicamentos esenciales a través de más de 6.600 centros de atención primaria en todo el país y la capacitación de los recursos humanos en salud.

A partir del 2005 se implementó el Plan Nacer. En sus inicios fue pensado como un seguro para servicios de maternidad e infancia, centrado en alcanzar metas de reducción de la mortalidad materna e infantil y actualmente está dirigido a embarazadas, puérperas y niños/as menores de 6 años, en todos los casos que no posean cobertura explícita en salud.

El plan funciona a partir de la fijación de metas y su financiamiento –transferencia de los recursos de la nación a las provincias- responde al cumplimiento de los objetivos pautados

Según datos del Ministerio, actualmente el Plan Nacer cuenta con 1.736.118 mujeres embarazadas, puérperas, y niños/as menores de 6 años de edad, sin obra social inscriptos en el programa y desde su creación ha beneficiado a 4.281.144 personas.

Actualmente, se está ampliando la edad de la población beneficiaria de este programa y la meta es incluir otros grupos poblacionales vulnerables (niños en edad escolar, jóvenes hasta los 18 años, mujeres hasta los 64 años), así como también el tratamiento de nuevas afecciones (como hipertensión, diabetes y otras). De esa forma, la población meta del programa alcanzaría a los 10 millones de personas sin cobertura de salud. (Plan Nacer, 2010). Hasta este momento, participan en el Plan Nacer 7.032 establecimientos de salud que efectivizan un total de 32.293.556 de prácticas.

Asimismo, existe una fuerte relación entre éste programa y la Asignación Universal por Hijo ya que, como requisito para cobrarla, los niños/as menores de 6 años deben estar inscriptos en el Plan Nacer.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación se llevan adelante otras acciones orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil como el Plan de reducción de la mortalidad materno infantil, de la mujer y la adolescente (Resolución 1087/10). El Plan tiene por objetivos la reducción de la mortalidad infantil, la reducción de la mortalidad materna, la reducción del embarazo no planificado en la adolescencia, la disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino y la reducción de los egresos hospitalarios por abortos.

En síntesis el sistema de salud argentino se encuentra conformado por tres pilares: el público, la seguridad social (que comprende a las obras sociales nacionales, las provinciales y al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – INSSJyP) y el subsistema privado. En este sentido, se encuentra fragmentado y sus servicios están profundamente estratificados.

La provisión estatal de salud funciona a través de los hospitales, centros de atención primaria de la salud y salas sanitarias, y tienen derecho a ésta todos los habitantes del país independientemente de poseer o no con algún tipo de seguro social o privado. Aquellos que se encuentran aportando a la seguridad social, en general, los trabajadores privados del mercado formal y los del sector público nacional y sus grupos familiares cuentan con una cobertura adicional brindada por las instituciones de la seguridad social denominadas “obras sociales” y los trabajadores que se encuentran en el sector público provincial y sus familias tienen cobertura por parte de las obras sociales provinciales. Asimismo, la población jubilada o pensionada recibe atención por medio del Instituto Nacional de la Seguridad Social para Jubilados y pensionados – INSSJyP-.

Finalmente, el tercer pilar del sistema lo constituyen los seguros voluntarios de empresas privadas de medicina prepaga.

3.2 La salud como derecho humano, desde la perspectiva de la Atención primaria

La Organización Panamericana de la Salud en el año 1991 lanzó determinadas políticas públicas en relación a los Municipios.

Esta tarea apelaba al trabajo en conjunto de todos los sectores que estaban en juego en cada Municipio. Su objetivo principal era el empoderamiento ciudadano, es decir al ejercicio efectivo de los derechos humanos.

Este proyecto se encontraba enmarcado dentro de la reforma Constitucional de 1994, con lo cual esto hace referencia al proceso implementado de desconcentración –llevado a cabo no solo en el área de salud- el cual formaba parte de una estrategia de acercamiento de la salud a la comunidad. En el momento de su formulación se suponía que esta descentralización no implicaba un desentendimiento en la obligación de solventar recursos por parte del Estado.

Como se mencionó anteriormente, desde la reforma constitucional de 1994 el derecho a la salud forma parte del estatuto, en el artículo 75 inc. 22 se han incorporado once pactos y convenciones internacionales, entre las cuales se halla la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de la Organización de Naciones Unidas de 1948. De acuerdo a lo expuesto se desprende que los objetivos conducen a la implementación de políticas públicas saludables, que tienen como eje principal a la persona y la familia. Tanto la Constitución de la Provincia de Buenos, como la Constitución Nacional vigente asumieron estos principios asumiendo el compromiso a brindar salud.

A su vez los Municipios se comprometen a mantener las condiciones de salubridad, cuidado ambiental y a fomentar por todos los medios disponibles la implementación de la Atención Primaria de la Salud –APS- comprendida como la articulación en los tres niveles de atención.

Todo ello lleva a pensar estrategias entre la Provincia y los municipios, de manera de poder dar respuesta a todas las necesidades y obligaciones asumidas.

Ello implica generar estrategias para que la población en su conjunto tenga acceso directo al primer nivel de atención y con él entrar al sistema de salud articulado en sus tres niveles de atención según requerimiento de complejidad en la atención de la

enfermedad que el paciente demande en la asistencia socio-sanitaria. (Documento del Ministerio de Salud, Área promoción de la salud; 2010)

Dichas estrategias comprenderían un intenso trabajo con los referentes barriales en su comunidad, buscando aproximarse a aquellas situaciones de riesgo socio sanitario y consolidar la implementación de los programas de salud y desarrollo humano para y desde la comunidad.

Desde la estrategia de APS se complementan las acciones preventivas en vistas de un fin social y epidemiológico que se canaliza en los diversos programas de prevención, acciones desde la promoción de la salud en pos de un bien individual y poblacional. Sin desmedro de una medicina asistencial sustentada en el bien individual como fin, desde el diagnóstico y terapéutica de la patología (Documento del Ministerio de Salud, Área promoción de la salud; 2010)

El eje que atravesó la construcción de esta política fue el empoderamiento; dicho concepto se constituyó como la herramienta esencial para la promoción de los derechos humanos.

Esta intención de empoderamiento se direccionaba principalmente hacia los grupos en exclusión social, que no sólo los constituyen las personas pobres, indigentes y marginales sino aquellos que han sido excluidos del aparato productivo de un país que por diversas razones, tales como cuestiones de género (en especial la vulnerabilidad de la mujer), etnia, edad (niñez / ancianidad), religión, origen social, discapacidad han perdido todo poder de decisión y por ende de participación social en la comunidad de pertenencia.

También se empodera a aquellas personas/grupos que puedan generar acciones positivas para el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos postergados tales como líderes religiosos y políticos, líderes comunitarios, promotores sociales, a la comunidad en general. Y en especial se empoderan a los profesionales de la salud para su cabal ejercicio y comprensión acerca de la Promoción de la Salud -PS- en términos de derechos humanos.

Según el Ministerio de Salud de la Provincia, es competencia del Rol del Promotor de ciudadanía saludable y del operador social: la articulación de las diferentes áreas de incumbencias socio ambiental sanitario; detectar a personas o familias en

riesgo socio ambiental sanitario, sea por condición de vulnerabilidad respecto a edad, género, discapacidad, mal nutrición y desnutrición, ausencia de escolaridad, violencia familiar, factores socio ambientales, entre otros; asistir en la promoción del conocimiento sobre cuestiones de salud, problemas y alternativas factibles; colaborar en la modificación de conductas nocivas que hacen a ciertos estilos de vida que son perjudiciales; colaborar en incrementar la demanda pertinente de los servicios de salud, educación, desarrollo social, etc.

Si bien lo desarrollado anteriormente introduce a comprender de que trata la Atención Primaria de la salud, no se puede dejar a un lado el enfoque de derechos en salud desde la postura de los profesionales. Los mismos sostienen que el diseño y la ejecución de las políticas de salud durante los años 90 carecieron de elementos para impulsar la política desde un enfoque de derechos. Profesionales como (Ase I., Burijovich J.; 2009: 32) afirman que los derechos humanos en este campo aparecían mas como un discurso ético y moral que como una propuesta para la formulación de políticas y herramientas concretas.

3.3 Debates en torno a la Ciudadanía

Para introducirse en los debates en torno a la ciudadanía, se debe remitir a los estudios de TH. Marshall en los cuales la noción de ciudadanía aparece como punto central en la formulación de los derechos. Para Marshall se habría dado una larga pero sostenida expansión de los derechos de ciudadanía, los que pueden ser divididos en: civiles, políticos y sociales. En primer lugar, *la ciudadanía civil* atribuye al individuo una serie de derechos asociados a la libertad: la libertad física, de palabra, de pensamiento, de religión; el derecho de poseer títulos de propiedad y firmar contratos; el derecho a una justicia independiente a partir del principio de igualdad ante la ley. Este proceso se desarrolló y consolidó durante el siglo XVIII. En segundo lugar, *la ciudadanía política*, que se desarrolla en el siglo XIX y que consiste en participar en el ejercicio del poder político, a elegir y a ser elegido, al sufragio general y la participación política. En tercer lugar, la *ciudadanía social*, que se afirma durante el siglo XX y consiste en el derecho a tener un nivel adecuado de educación, de salud, de habitación y seguridad social según los estándares prevalecientes en la comunidad política de preferencia. Se puede concluir que el surgimiento de los derechos de ciudadanía, forman

parte de las políticas “mitigadoras” que se originan paralelas al desarrollo del mercado y capitalista y se implementan para palear las desigualdades sociales provocadas por éste último.

En contraposición al planteo de Thomas Marshall, Nora Britos (2012) incorpora a sus estudios la perspectiva de Luigi Ferrajoli, jurista italiano, quién sostiene enfáticamente que “semejante tesis, que está en contradicción con todas las constituciones modernas –no sólo con la *Declaración universal de derechos* de 1948, sino también con la mayor parte de las constituciones estatales que confieren casi todos estos derechos a las ‘personas’ y no sólo a los ‘ciudadanos’ – ha sido relanzada en los últimos años, precisamente cuando nuestros acomodados países y nuestras ricas ciudadanías han comenzado a estar amenazadas por el fenómeno de las inmigraciones masivas. En suma, llegado el momento de tomar en serio los derechos fundamentales, se ha negado su universalidad, condicionando todo su catálogo a la ciudadanía con independencia del hecho de que casi todos, exceptuados los derechos políticos y algunos derechos sociales, son atribuidos por el derecho positivo –tanto estatal como internacional- no sólo a los ciudadanos sino a todas las personas”. Ferrajoli sostiene que el concepto de derechos humanos o derechos fundamentales de la persona es más abarcativo que el de ciudadanía. Ello es así en tanto los derechos humanos deben ser reconocidos a todos en tanto persona humana, mientras que los derechos de ciudadanía son restringidos a la pertenencia a un estado nación. (Britos, 2012;2)

Respecto a las realidades Latinoamericanas, y particularmente de la realidad Argentina, O ´Donell (1993) señala que la raíz de las problemáticas sociales se sustancia en el hecho de su efectiva aplicación y de la construcción de políticas públicas tendientes a la materialización de los mismos. De hecho la historia de la política pública reconoce derechos a los trabajadores formales, fundamentalmente mediante la idea de seguridad social, pero no incluye a los amplios sectores sociales postergados de esto; desocupados o que se desempeñan en la economía informal. Para estos sectores queda la asistencia, constituida sobre todo por las políticas focalizadas, es decir, transferencias monetarias (mayormente) destinadas a los pobres.

A su vez dentro de los postulados de O ´Donell (1993) es pertinente incorporar su categoría denominada como “*ciudadanía baja intensidad”*, la cual viene a dar un insumo teórico poderoso y relevante para este estudio. “Un Estado que no es capaz de

hacer valer su legalidad sustenta una democracia con baja intensidad de ciudadanía. El concepto de ciudadanía de baja intensidad alude específicamente a la esfera política, a la teoría política de la democracia política o poliarquía."[1]La ciudadanía de baja intensidad empíricamente, se sustenta en las variadas formas de discriminación y de pobreza extendida, así como la disparidad extrema de la distribución de recursos, van de la mano con dicho concepto. Esto es así cuando los campesinos, los habitantes de los barrios pobres, los indígenas, las mujeres y demás, muchas veces no logran un trato justo de la justicia, o no pueden obtener los servicios de los organismo estatales a los que tienen derecho, o no están libres de la violencia policial, etc. Ellas connotan la ineficacia del Estado como ley, la reducción de ciertas garantías y derechos que son tan constitutivas de la ciudadanía como el poder de votar sin coacción.O´Donnell (1993b) considera que un Estado no es capaz de hacer valer su legalidad en una democracia con ciudadanía de baja intensidad, es decir, que la existencia de este elemento en la organización del Estado en su conjunto hace peligrar el orden del mismo.

En sintonía con estas posturas vale la pena mencionar los planteos de Bendix en cuanto a los derechos de ciudadanía. Para él habría que distinguir por un lado, la expansión de los derechos legales, políticos y sociales recurriendo a ciertos criterios abstractos y por el otro, la materialización de tales derechos. Es decir, la extensión de la ciudadanía implica una institucionalización de criterios abstractos de igualdad que al intentar llevarse a la práctica generan nuevas desigualdades (Bustelo E., 1998:241)

Partiendo de la base expuesta hasta el momento acerca de la ciudadanía, se pasará a analizar las formas de materialización de la misma para el caso de América Latina. En este asunto Bustelo plantea dos maneras básicas de pensar políticas de ciudadanía. Ellas son: ciudadanía asistida y ciudadanía emancipada.

---

[1] *"Gobierno de muchos"* según la Vigésima segunda edición del Diccionario de la Lengua Española de Real Academia. En 1953, R. Dahl y Lindblom utilizaron el término para designar el conjunto de procesos sociales existentes en los sistemas políticos democráticos. Con el término poliarquía, Dahl, en trabajos posteriores, denomina una gran variedad de fenómenos, por lo que su contribución teórica ha sido acusada de cierta vaguedad o imprecisión conceptual. En los primeros trabajos, significa ciertos aspectos de los gobiernos de los Estados-nación, organizaciones administrativas, territoriales, ciudades, pueblos, sindicatos y asociaciones voluntarias de intereses de carácter social, religioso etc. Designa también una situación de confrontación entre grupos o élites políticas por el apoyo electoral, garantizándose así la competencia entre los grupos de interés organizados. Reserva, en cualquier caso, el término democracia para referirse al sistema ideal, y emplea poliarquía para referirse a regímenes políticos relativamente democratizados, a las democracias reales (Reyes, 2009).

El modelo de ciudadanía asistida es el reflejo de las ideas más conservadoras de política económica y social, y puede reconocerse más recientemente en las formulaciones teóricas de Friedrich von Hajeky Milton Friedman. Es la concepción hegemónica asociada a los ajustes económicos y modelos de apertura predominante en la región, particularmente relacionados con el denominado "Consenso de Washington". Sus principales características están asociadas a una visión de la sociedad en la que se reconocen sólo individuos con intereses como el principio básico articulador de toda organización humana.

La política neoconservadora de los ´90 respondió a esta postura particular de los derechos sociales y la ciudadanía y, al mismo tiempo, consiguió implementar un enfoque de política social al que no pareciera existir otra posibilidad distinta. Los valores fomentados son: el individualismo, el pragmatismo y el egoísmo. Es justamente este modelo de ciudadanía el que parece haberse implementado durante los procesos de ajuste económico y los modelos de apertura preponderantes en América Latina. Este enfoque de derechos pondera los derechos civiles como su máxima expresión, dicha lógica de pensamiento se deriva de la racionalidad capitalista, en donde es el individuo quien tiene un valor moral y no la familia, la comunidad o la sociedad. En este sentido, los derechos sociales no existen pues no pueden ser adscritos a sujetos individuales y por lo tanto, no son demandables. Si hay pobres y marginales ellos no tienen en principio el estatus de ciudadanos ya que los derechos civiles y políticos son sólo reconocimientos formales (Bustelo E., 1998:243). Esta postura considera que el Estado debe ser mínimo, no alterando el mecanismo autorregulativo básico del mercado. No hay preocupación por la distribución del ingreso y la riqueza, ya que las desigualdades son naturales y fruto del triunfo de los más aptos.

Una cita de Friedman – unos de los referentes de dichas políticas – permite reflejar lo expresado anteriormente-:"*La desigualdad es el eje dinámico de las sociedades, porque una sustitución donde algunos pueden tener mucho más que otros ofrece estímulos para que otros compitan por llegar a los lugares más elevados.*"Friedman sostenía que la justicia social es un concepto equivoco y peligroso que podría llevarnos hacia un régimen político no capitalista. También las instituciones políticas destinadas a asistir a los pobres deben ser marginales y en lo posible transitorias y tienen que ser evaluadas a partir del bienestar y la libertad individual y no en si promueven o no objetivos de bienestar público.

El otro modelo, basado en la concepción de ciudadanía emancipada supone que los derechos sociales son los que emancipan a las personas de las necesidades materiales más apremiantes y los hacen acceder a la "civilidad" de los derechos civiles y políticos. O sea, la ciudadanía social es la ciudadanía habilitante de la civil y la política. (Bustelo E., 1998:250)

El modelo de ciudadanía emancipada se encuentra relacionada con el desarrollo del Estado de Bienestar, unos de sus principios lo constituye la igualdad social entendida como el derecho de las personas – en tanto miembros de un esquema de cooperación social común- a tener iguales oportunidades para acceder a los bienes social y económicamente relevantes. Está conformada en torno a la idea de igualdad, justicia distributiva y equidad. Dicho esquema de pensamiento se construye en base a la idea de un "nosotros". Esta propuesta no implica negar a los individuos, pero si se propone hacer énfasis en la esfera pública, en el sentido de una preocupación por lo común, por lo compartible, por el interés del conjunto. Los objetivos que se proponen en este modelo son los de ampliar el campo de las personas para acceder a las oportunidades que les permitan su superación y desarrollo. Así la igualdad más que una propuesta niveladora es un proyecto habilitador (Bustelo E., 1998:248).

Las características de una ciudadanía emancipada son una sociedad inclusiva y la concepción de las personas no es la de "sujetos pasivos" u objetos de tratamiento por parte del Estado, sino actores en su doble dimensión individual y societaria: la emancipación es individual ya que los individuos son autónomos; pero esta no se cuenta de uno a uno, no es una sola, no es única.

El fin de exponer los debates en torno al concepto de ciudadanía es poder analizar críticamente, qué tipo de ciudadanía se potencia, promueve actualmente desde las políticas de salud en un determinado territorio. Para ello son útiles los dos parámetros descriptos anteriormente, facilitados por Eduardo Bustelo entre otros autores. Los mismos serán tomados en cuenta a modo de herramienta teórica para este estudio.

3.4 La noción actual de la ciudadanía en el marco del acceso a la salud pública

Los principios y estándares que componen el derecho internacional de los derechos humanos han fijado las obligaciones del Estado, esto quiere decir que han definido lo que el Estado debe hacer para lograr la plena realización de todos los derechos.

En el campo de la salud, se ha definido este derecho como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrada, accesible para todos que incluye: - atención de la salud dando respuesta a las prioridades nacionales y locales –la transformación de los determinantes subyacentes de la salud tales como el saneamiento adecuado, el agua potable y la educación en materia de salud. –la garantía de accesibilidad para todos: ricos y pobres, grupos étnicos minoritarios y mayoritarios, los que viven en zonas urbanas y zonas rurales y las comunidades desfavorecidas. –la participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad como un elemento esencial del derecho a la salud. –la elaboración de un plan integral y no un montón de intervenciones verticales poco coordinadas para las diversas enfermedades (Ase I., Burijovich J., 2009:29).

La idea esencial de estos tratados internacionales es brindar un marco normativo para que los diferentes actores locales y nacionales se articulen y construyan estrategias de salud en torno a estos puntos básicos. De esta forma, quedan instituidas obligaciones y responsabilidades para los Estados.

Si bien en el plano de lo teórico se han realizado avances dentro de un marco de derechos, el ejercicio del derecho a la salud se encuentra inmerso en un campo mucho más complejo. Como afirman Ase y Burijovich (2009) este ejercicio implica también que otros derechos estén garantizados. Esta visión de integralidad fue tenida en cuenta durante todo el proceso en el que se diseño y aprobó la Declaración Universal de los derechos humanos declarando que eran universales, indivisibles e interdependientes.

Si bien en el plano teórico se contempla la idea de integralidad, durante los años ´90 prevaleció en el diseño y ejecución de las políticas sociales un modelo minimalista en lo social.

Respecto a la política social ésta aparece influida por las políticas que fueron ejecutas durante el proceso definido como “ajuste estructural”. Este proceso llevado

adelante por el modelo neoliberal, construyó la estrategia de la “focalización” sobre la políticas sociales. La idea de focalización se dirigía al reconocimiento de la existencia de grupos excluidos. Estos son definidos como aquellos “grupos vulnerados y con escasa capacidad de presión para la defensa o consecución de sus intereses”.

Como consecuencia de este nuevo patrón de desigualdad y fragmentación, Del Valle A. (2010) sostiene que se constituye la emergencia de una ‘ciudadanía restringida’ ya que no se asiste a las personas con el fin de establecer un ‘mínimo’ de derechos sociales sino que las propias características del régimen restringen el acceso y la capacidad de inversión pública para extender la cobertura de manera universal.

De este modo, podemos hablar de dos niveles de exclusión, por un lado la que se produce en términos de estar dentro o fuera de la estructura ocupacional; por otro, el estar incorporado de manera formal o informal y precaria. Así, por ejemplo, aunque en los últimos años en lo referido a la atención sanitaria y la educación se ha logrado avanzar hacia una cobertura casi universal (Del Valle, 2008) CEPAL (2008), al mismo tiempo el acceso se encuentra estratificado para aquellos grupos insertos en los mercados laborales primarios y secundarios por lo que se puede afirmar que paradójicamente es universal y segmentada; esto se debe, entre otras razones a que prevalece el sistema de aportante único que produce un elevado grado de segregación por sexo y edad que se conjuga con la división social entre incluidos y excluidos en los mercados de trabajo.

En este panorama, el bienestar y por lo tanto también la ciudadanía paradójicamente, se presenta como algo universal y segmentado, esto se debe, entre otras razones a que prevalece el sistema de aportante único por lo que se produce un elevado grado de segregación entre incluidos y excluidos en los mercados de trabajo formal.

Por otro lado el sistema de seguridad social otorga una cobertura amplia para los que se encuentran incorporados y que al mismo tiempo también pueden acceder a un consumo diferenciado por medio de la salud prepaga.

En conclusión, según numerosos estudios de la CEPAL entre otros organismos, dentro de los sectores urbanos que podemos denominar ‘excluídos’ los niveles de bienestar de los ciudadanos dependen más de sus redes y relaciones familiares que de las medidas desplegadas por las instituciones públicas. Los

mismos afirman que los derechos sociales son mínimos y dependen de la inserción productiva de las personas.

Capítulo IV: Trabajo social y accesibilidad a los derechos sociales

4.1 Un acercamiento al Trabajo Social

El presente estudio se compone de un análisis social en el marco de las Ciencias Sociales, es decir que la problemática expuesta no es posible relacionarla con una única disciplina científica, en este caso solo específicamente con el Trabajo Social. Sin embargo dicha investigación pretende constituir un aporte a la misma, ya que se puede afirmar que el Trabajo Social posee total vinculación con el planteo expuesto a lo largo de este trabajo.

Lo mencionado anteriormente nos exige analizar al Trabajo Social en constante relación con el contexto histórico. En palabras de Alfredo Carballeda (2012) "El trabajo Social desde una perspectiva histórico social, se construye a fines del siglo XIX como campo de conocimiento e intervención en un contexto de fragmentación de la sociedad, malestar y desigualdad. Surge, teniendo como mandato fundacional la transformación de los efectos de ésta a través de diferentes objetivos y metas."

Teniendo en cuenta el contexto de su surgimiento, el Trabajo Social la misma no puede aislarse de las transformaciones actuales a las cuales está sujeto el mundo contemporáneo, es decir "el momento en el que el neoliberalismo se ha expresado con mayor agudeza en nuestra sociedad, impactando en una multiplicidad de dimensiones de lo social, lo económico, lo político, no quedando ajena tampoco la misma profesión" (Cavalleri y Parra, 2007: p 8).

El Trabajo Social está expuesto a continuos procesos de reflexión, lo que actualmente es interpretado por diferentes corrientes de pensamiento, las cuales se pueden identificar con posicionamientos ético–profesionales. A través del aporte de Montaño (2000) se pueden visualizar dentro de éstos debates dos importantes perspectivas: una perspectiva particularista, endógena o intrínseca y a histórica, mediante la cual el Trabajo Social como profesión se estudia a partir de sí mismo (entendiendo al origen del Trabajo Social como "La evolución, organización y profesionalización de las `anteriores` formas de ayuda, de la caridad y de la filantropía, vinculada ahora a la intervención en la `cuestión social`") Identifica en esta corriente a autores como Kisnerman, Kruse, Ander-Egg, entre otros.

La segunda perspectiva es la histórico-critica, la cual "entiende el surgimiento de la profesión del asistente social como un subproducto de las síntesis de los proyectos político-económicos que operan en el desarrollo histórico, donde se reproduce material

e ideológicamente la fracción de la clase hegemónica, cuando, en el contexto del capitalismo en su edad monopolista, el Estado toma para sí las respuestas a la ’cuestión social’ (Montaño, 2000). En esta línea se destacan autores como Guerra, Netto, Montaño, entre otros.

El presente estudio adhiere a la segunda perspectiva, teniendo en cuenta que el análisis se centra en las modalidades que ha adquirido el Estado para intervenir en el aspecto de la cuestión social, que en este estudio es la accesibilidad al sistema de salud pública en relación con la informalidad laboral en un contexto pos neoliberal.

En sintonía con ésta corriente, se considera que las cuestiones contextuales deben ser al menos mínimamente analizadas para poder considerar la situación actual del Trabajo Social frente al neoliberalismo, como también así su perspectiva de futuro. Estas cuestiones tienen que ver con alteraciones en el ámbito de inserción laboral del asistente social: las transformaciones del Estado, de donde emana su legitimidad funcional; puntualizaciones referidas a los cambios en el mundo del trabajo, afectando no sólo la situación de los sujetos con los cuales se vincula profesionalmente el trabajador social – clases que viven del trabajo – sino también importantes cambios en su condición de trabajador asalariado; finalmente, cuestiones relacionadas con las substantivas variaciones macro-estructurales, tanto políticas, cuanto económicas y sociales, conocidas bajo la denominación de globalización (Montaño; 1999).

Efectivamente los y las Trabajadores Sociales, como sostiene Montaño (1999), no podemos ser ajenos a los cambios ocurridos en el mundo del trabajo vinculados a la propuesta neoliberal, ni a sus impactos políticos. Estas alteraciones - en la organización de la producción, en el gerenciamiento de la industria, en las relaciones contractuales de trabajo, en la comercialización - tienen como fundamento el modelo de producción japonés, concebido inicialmente por TaiichiOhno, en la industria automotriz Toyota.

En este sentido, son de una importancia central para este análisis las articulaciones que se dan entre los diseños de las políticas públicas y la intervención del Trabajo Social. A su vez, en este estudio se encuentra la noción de derechos, por lo tanto la noción de ciudadanía estará presente en la mirada que se obtenga del Trabajo Social. Ésta noción condensará una perspectiva ético-política del Trabajo Social vinculada con la promoción de derechos; en este caso específicamente en torno a los derechos sociales, y en especial el goce de la protección social. Es decir que el ámbito

de la intervención profesional se encuentra en las manifestaciones de la cuestión social relacionadas con la vulneración de derechos.

Sobre esto Abramovich y Courtis (2002) defienden la tesis de que "la adopción de tratados internacionales que consagran derechos económicos, sociales y culturales generan obligaciones concretas al Estado, que –asumiendo sus particularidades– muchas de estas obligaciones resultan exigibles judicialmente, y que el Estado no puede justificar su incumplimiento manifestando que no tuvo intenciones de asumir una obligación jurídica sino simplemente de realizar una declaración de buena intención política". Por lo tanto, en el marco de lo que se entiende debería ser la intervención del Trabajo Social, aparecen aquellos presupuestos establecidos en las leyes y la constatación de su incumplimiento.

Parafraseando a Nora Britos (2010) afirmamos que este reconocimiento normativo contrasta con las importantes deficiencias en el reconocimiento de tales derechos y en su vigencia efectiva. La intervención del Trabajo Social se asienta en el acceso de la población a transferencias monetarias, bienes y servicios que forman parte de la materialización de los derechos sociales, y en procesos socio-educativos cuyo fundamento es la problematización de los sujetos sobre sus necesidades y derechos. Así, la articulación entre necesidades y satisfactores demanda claridad conceptual sobre los derechos sociales de las personas y sobre las obligaciones del Estado en tal materia

En este sentido, se pretende dar cuenta de los efectos que producen las políticas públicas y sistema institucional en su conjunto, lo cual incluye la actuación de profesionales de diversas áreas, entre ellos al Trabajo Social. Por lo tanto, no se pretende formular un conocimiento "específico" del Trabajo Social, ya que en relación a la búsqueda de la especificidad, Guerra (1995) manifiesta que el Servicio Social "ocupando una posición terminal en la trama del proceso de organización de las políticas sociales, sus acciones adquieren un carácter polivalente, indefinido, imponiendo al conjunto del colectivo profesional la preocupación en encontrar la 'especificidad' de la profesión".

Sin embargo, esta preocupación (o esta búsqueda) tiende a limitar debates cuyas temáticas tienen que ver con el conjunto de las ciencias sociales. A continuación se profundizara en este debate que posee como punto central las incumbencias del Trabajo Social.

4.2 ¿Incumbencias del Trabajo Social?

La especificidad de la profesión es un tema que ha generado numerosos debates y controversias. Por lo tanto lo que se pretende desarrollar en este apartado, son algunas de los motivos por los cuales existen diferentes posturas respecto a las incumbencias profesionales, y al mismo tiempo como se relacionan éstas con la temática expuesta en este estudio.

Aquellos estudios cuya preocupación analítica radica en conocer una problemática social - como en la temática de la accesibilidad al sistema de salud - en vinculación con los derechos sociales y la ciudadanía, requieren de una búsqueda de conocimiento que trascienda los límites de lo que una disciplina pueda fraccionar del tema. En este sentido, coincidiendo con Lukács, "la totalidad concreta es (…) la categoría fundamental de la realidad" (Lukacs, 1974: 24-5). La totalidad no se identifica meramente con el todo: significa la realidad como un todo estructurado y dialectico, en el cual puede ser comprendido racionalmente cualquier hecho" (Kosik, 1965:55) (Cita extraída de Netto, 1987). Esto quiere decir que para lograr aproximarnos a una situación particular de la realidad, es pertinente construir categorías holísticas, desde una perspectiva integradora, que dé cuenta de la complejidad de las problemáticas y que tiendan a superar las categorías heredadas de los análisis reduccionistas. En esta misma sintonía, E. Morin, (1981) postula que la ciencia tradicional ha tendido a destruir los conjuntos y las totalidades, aislando todos sus objetos de sus ambientes. Por lo tanto la perspectiva del autor posibilita fortalecer la idea de un abordaje integral cuyo análisis aporte tanto al Trabajo Social, como al conjunto de las disciplinas cercanas a la temática cuya injerencia nutriría a dicha problemática.

De lo contrario depositar el "monopolio" de la verificación a una sola disciplina y no propiciar la incertidumbre como método o el dialogo inter ciencias corre el riesgo de propiciar el efecto del reduccionismo, el cual históricamente fue opositor a una corriente holística fundada sobre la preeminencia del concepto de globalidad o totalidad. Entendiendo a la totalidad no como compartimentos estancos sin importar que como incluía, sino como una unidad compleja que enlaza al pensamiento analítico-

reduccionista y al pensamiento global, en una dialectización cuyas premisas proponemos. (E. Morin, 1981: 57)

Respecto a la especificidad del Trabajo Social la crítica al modelo de intervención endógeno radica en aquellos estudios e intervenciones que parten de la idea de una sociedad fraccionada, dividida en departamentos estancos, sin conexión. La influencia de este modelo implica que la idea de especificidad a la hora de analizar y producir conocimiento sobre un tema, genera un pensamiento (por tanto una intervención) que será fenoménico y fragmentario, es decir, genera la "fragmentación del ser humano social en las disciplinas de la ciencia social" (Montaño, 1997).

Al respecto Marilda Iamamoto plantea que "…debemos aprehender el movimiento contradictorio de la práctica profesional, entendiéndola como socialmente determinada por las condiciones históricas coyunturales y mediatizadas por las respuestas dadas por el colectivo profesional..." Esta concepción de la ciencia, se puede observar concretamente en el amplio universo de intervención que trabajadores sociales realizan a diario, en el marco de programas sociales o de diferentes instituciones, en relación al asunto que se viene tratando, desde instituciones de lo más diversas y con equipos de profesionales sumamente heterogéneos.

Un acercamiento de cómo repensar la articulación de las acciones interventivas de los trabajadores sociales, la facilita Alfredo Carballeda, quien sostiene que necesariamente la intervención del trabajo social implica en mayor o menor medida una forma de encuentro, dialogo y transformación. Las mismas se expresaran en algún tipo de singularidad, pero por otra parte en un segundo orden, tendrán aspectos intrínsecos que se vincularan a las tramas sociales, quienes pueden ser entendidas (y enriquecidas) "desde una mirada sociológica, ligadas a la noción de lazo social como elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario" (A. Carballeda, 2012)

Es decir la complejidad de las Problemáticas Sociales actuales marcan la necesidad de acceder al mundo de ese "otro", como lo interpreta, como lo comprende y lo explica, en fin como se vincula haciendo énfasis no solo en su subjetividad sino también en sus aspectos socioculturales. En lo que respecta a esta mirada del Trabajo Social, el conocimiento de las causas no se presenta como un fin sino un medio, no se pretende encontrar "una solución" sino un conocimiento en profundidad de la situación que rodea e influye al sujeto.

Se concluye que resulta imprescindible pensar la intervención, entonces, en un sentido más amplio que trascienda la intervención aplicada al plano micro social que invisibiliza la potencialidad de intervenir desde ámbitos con influencia estructural, como el diseño de programas y políticas sociales. Es decir, el desafío que se presenta es romper con la tradición de participar exclusivamente en la fase de implementación de las políticas sociales. Por lo tanto, esto trae a colación consolidar la competencia teórica necesaria para participar genuinamente en las discusiones de las ciencias sociales y en la producción de conocimiento.

4.3 El trabajo social desde la perspectiva de la accesibilidad

Según Bourdieu (1984) los campos son estructuras previamente determinadas que se hallan ocupadas por los individuos, dependiendo del hábito en el que se encuentren. “campos son sistemas predeterminados de posiciones que los agentes ocupan según sus habitus […]”Esta definición de campos es útil a fin de analizar las diferentes posturas que atraviesan el campo de la salud, y por lo tanto, como se construye la accesibilidad partir de las diferentes visiones acercar de este ámbito, el cual permanece en constante disputa al igual que todos los ámbitos de la vida pública y fundamentalmente la presencia y el aporte desde el Trabajo Social.

Teniendo en cuenta la perspectiva macro social que aporta Bourdieu, en lo que respecta a la accesibilidad, según el Ministerio de Salud de la Nación el sistema de salud no solo comprende a la atención médica sino también a todos los factores vinculados directa o indirectamente con problemas de la salud, como vivienda, saneamiento, accesibilidad a los sistemas de atención, alimentación, etc. Su evaluación no es una tarea sencilla, ya que la misma no puede ser expresada exclusivamente a través de los resultados, en la medida en que éstos están influenciados fuertemente por el nivel de riesgo de la población que se asiste.

Con lo expuesto anteriormente se intenta resumir que la accesibilidad, en un sentido amplio, comprende también aspectos sociológicos. En este sentido Spinelli (2010) sostiene que “Los problemas epidemiológicos que afectan a los conjuntos sociales que tienen raíces causales en: las desigualdades sociales; la falta de controles

sobre el medio amiente y sobre los alimentos que consumimos; la falta de acceso a la educación, al agua potable y obras de saneamiento básico; la usencia de una vivienda digna; la carencia de empleo o empleo precarizados".

A los fines de este estudio, en materia de accesibilidad al Sistema de salud y de la intervención del Trabajo social la cuestión radica en cómo trabajar con la estratificación de dicho sistema respecto a la situación de los trabajadores y las trabajadoras que se encuentran desocupados laboralmente, por lo que no contribuyen como empleados al sistema de obra social que le sugiere la legislación laboral. Esto implica que la construcción del cuidado de su salud está sujeta a las instituciones formales o informales más próximas a su barrio, a las políticas públicas y a la necesaria articulación de los profesionales.

Por lo tanto se considera que la intervención del Trabajo Social es crucial en por lo menos dos sentidos: es necesario plantearse como repercuten y cuál es el alcance que tienen las decisiones que se toman a nivel gubernamental en el ámbito de la salud pública, con respecto a los ciudadanos que quedan excluidos de la cobertura social y marginados de cualquier otro tipo de acceso al sistema de salud, al mismo tiempo que se plantea cual es el vínculo que se construye entre los profesionales y los ciudadanos.

Es decir, contrariamente al diagnóstico estigmatizante, los y las Trabajadores Sociales deben interrogarse ¿cómo construyen el cuidado de la salud en su vida cotidiana los y las trabajadores que no acceden a una obra social por su situación de desocupación laboral? En conclusión, lo que se intenta visibilizar es que la forma más compleja de entender a la accesibilidad es desde una relación simétrica, donde todos los participantes tienen distintos niveles de responsabilidad.

Por otra parte, este análisis implica repensar la construcción de una nueva institucionalidad, nos exige reconocer que ciertos rasgos de la sociedad pos-industrial ya no pueden ser tratados mediante las instituciones tradicionales. La nueva configuración de la práctica política en nuestro país genera la emergencia de una nueva institucionalidad. Por ello no se pueden obviar en este análisis las cuestiones propiamente políticas, que siempre implican decisiones que requieren que optemos entre alternativas en conflicto. Estas nuevas instituciones se constituyen como construcciones precarias y pragmáticas, que pueden ser desarticuladas y transformadas (Mouffe, 2007).Esto quiere decir que los Sistemas de Protección Social son resultados

de la acción política, considerando que “Todo orden es político y está basado en alguna forma de exclusión, siempre existen otras posibilidades que han sido reprimidas y que pueden reactivarse” (Mouffe, 2007). Revertir estas problemáticas es parte de los desafíos que atraviesa actualmente el Estado argentino, como a su vez lo es ampliar su campo de acción y disminuir la estratificación de los servicios y beneficios. Esto se relaciona con el sistema establecido de protección social, que al haber sido diseñado en función del sector formal del empleo, excluye o brinda un acceso estratificado de sus beneficios a la mayor parte de la población. Sumado a la influencia del neoliberalismo a nivel mundial que impacto no solo en la economía, sino en las condiciones sociales de los sujetos, el sistema actual se encuentra con la complejidad de diseñar políticas e intervenir para revertir esta situación.

Este enfoque sobre la accesibilidad intenta demostrar que cuando se hace mención al acceso a un servicio de salud, este debería ser analizado y medido desde una mirada integral, haciendo énfasis no solo en la atención médica, sino en todos los elementos que subyacen a partir de una demanda de salud.

Es por ello que para aproximarnos a tal concepto, se deben repensar los mecanismos de accesibilidad a los servicios de salud desde una mirada integral de manera que se fomente el corte dicotómico de la población afiliada y no afiliada en cuanto a cobertura y utilización de servicios de salud.

4.4 Políticas públicas y Trabajo Social

Desde la perspectiva de la integralidad a la cual se viene adhiriendo en apartados anteriores, en el análisis de la fragmentación social las desigualdades sociales no sólo se expresan como problemas en el ámbito de la salud, sino que a su vez éstas permanecen registradas en la historia social de cada sujeto, en forma singular, construyéndose en cuestiones que necesariamente dialogan con la intervención en lo social, las políticas sociales y las tramas socioculturales.

Un ejemplo de la materialización de dichas problemáticas se puede observar durante la década del 90’.El desmantelamiento del Estado Social generó nuevos escenarios cargados de padecimiento que se transformaron en demandas a veces

dirigidas hacia el sector salud, que dan cuenta de la transversalidad de los problemas que se abordan en éste.

Desde la intervención del Trabajo social se abarcan diversas situaciones teniendo en cuenta lo particular y heterogéneo de cada sujeto, pero también lo universal del problema. En este estudio, el eje se centra en las cuestiones que se relacionan con el perfil conceptual de las Políticas Sociales como Políticas de Salud. Entendiendo que la Política Social, más allá de los planteos técnicos, se debe orientar hacia un proyecto de inclusión social. En este sentido "La Política de Salud, se construye desde una lógica de reconstrucción de certezas, de recuperación de derechos sociales. En definitiva, lo social de la intervención se aproxima estrechamente a la problemática de la integración, a la búsqueda y recomposición del lazo social perdido" (Carballeda, 2012).En este aspecto, el neoliberalismo recortó el acceso al sistema de salud a partir de imponerle una lógica de mercado que no solamente impacto en la relación de los usuarios con el sistema, sino que genero nuevas formas de desigualdad ligadas a la noción de medicamento como mercancía y objeto de consumo (Carballeda, 2012).

Este proceso llevado adelante por el modelo neoliberal, construyó la estrategia de la "focalización" sobre la políticas sociales. La idea de focalización se dirigía al reconocimiento de la existencia de grupos excluidos. Estos son definidos como aquellos grupos vulnerados y con escasa capacidad de presión para la defensa o consecución de sus intereses. Afirmaciones como "el fin de la historia" y "el fin de las ideologías" forman parte de la naturalización y constituyen parte del discurso de dicha estrategia ideológica: la condición histórica de lo que develan como natural (las desigualdades sociales y la pobreza). De aquí la relación intrínseca con el asistencialismo y la focalización.

Los resultados de este modelo tienen consecuencias en una sociedad sumamente fragmentada, en la que los actores se individualizan, al mismo tiempo que los sujetos colectivos pierden poder. De esta manera se puede visualizar la orientación de la política social. Es decir, la concepción hegemónica que direccionó al Estado fue definir a la sociedad como mero agregado de individuos que realizan sus intereses individuales. Entonces de acuerdo a este pensamiento, la salud, la educación, el trabajo, etc. pierden su condición de derechos, para convertirse en un bien material al cual se accede por medio del mercado. Por lo tanto, es un problema de particulares.

Para poder contrarrestar la voluntad de generar nuevas políticas con enfoque de derechos y las políticas asistencialistas, es imprescindible describir brevemente las propuestas de los dos principales órganos de financiamiento y control mundial: el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, en particular la intervención elaborada por las agencias de Naciones Unidas (PNUD, CEPAL) para el área social.

Las evidencias de dichas políticas fueron analizadas por distintos autores, entre ellos Grassi E.(2000), quién consideró que la propuesta radicaba en:“ hacerle llegar la asistencia del Estado a quienes efectivamente lo necesitarían. Ello implica definir ’la población objetivo’ de los programas; dicho en otras palabras, determinar “quienes son los merecedores”. A continuación se citaran las propuestas del Banco Mundial para terminar de ilustrar el carácter de la focalización, en dos claras recomendaciones a favor de ésta:“el financiamiento público universal (incluyendo a las personas que pueden pagar sus propios servicios), reduce los recursos públicos disponibles para los pobres”. (Informe del Banco Mundial 1993)

“Dentro del Banco Mundial no va a tener paso fácil, en el futuro, el apoyo a los fondos de inversión social. Quienes quieran crearlo tendrán que justificarlos a base de la capacidad que muestren para ayudar en este proceso de reestructuración de las funciones sociales del gobierno y para la tarea de entregar subsidios y ayuda a los grupos que realmente lo necesiten”. (Mc. Greevey en UNICEF, ILPES, 1990)

Específicamente dentro del campo de la salud, los criterios que se establecieron durante la década del 90´ rondaron en una lógica donde lo médico se transformó en lo hegemónico, quedando los médicos atrapados dentro de la lógica costo beneficio, que redundó en una significativa deslegitimación de sus prácticas y de todo el sistema de salud (Carballeda, 2012)

En conclusión, la herencia de las políticas sociales se ha caracterizado por ser focalizadas, orientadas a la población considerada más vulnerable, al mismo tiempo que numerosos grupos quedaban sin ningún tipo de cobertura.

Si bien este era el modelo hegemónico imperante, esto no quiere decir que no haya generado críticas y resistencias de profesionales, movimientos sociales y el conjunto de la sociedad civil. Es por ello que actualmente continúa el debate, al mismo

tiempo que la implementación de políticas neo-keynesianas como la Asignación Universal por hijo busca romper con la lógica de la focalización.

En este aspecto, la Intervención del Trabajo Social y de las demás disciplinas del campo de la salud tienen la oportunidad de alejarse del lugar de lo normativo, para aproximarse al de los derechos sociales. La Intervención en lo Social como derecho, se relaciona con esta nueva mirada y con el nuevo perfil de esta disciplina. Este enfoque propone una manera de concebir la práctica de los profesionales ligada a un derecho, donde más que "recibir" una prestación o un subsidio, se fomenta el derecho a ser escuchado, a la valoración de la palabra, en definitiva; a ser "visible" (Carballeda, 2012)

Para enriquecer este debate desde la perspectiva histórico-crítica, Montaño (1998) sostiene que las políticas sociales son el ámbito donde surge y se expande el Servicio Social de manera que estas constituyen la base de sustentación funcional-laboral de la profesión. Desde su perspectiva, las políticas sociales constituyen instrumentos de intervención estatal funcionales al proyecto hegemónico del capital, aunque tensa y contradictoriamente representan conquistas de las clases trabajadoras y subalternas.

Todas estas cuestiones llevan a revisar y reflexionar desde donde y para qué se interviene. La intervención se presenta de esta manera como un lugar de construcción de nuevas preguntas, de agenda pública, pero especialmente como lugar de encuentro entre lo macro y lo micro (Carballeda, 2012). En definitiva este planteo conduce a concebir a la intervención desde el Trabajo Social como nuevo lugar para la palabra, priorizando una intervención desde un pensar situado.

Un último aspecto a destacar dentro del tema se vincula con que las diferentes tramas sociales no son estáticas, están en movimiento, a veces este se torna expansivo, otras en procesos de retracción. Los escenarios también cambian sus significados a partir de los acontecimientos que los atraviesan. Es decir que los debates y desafíos no cesan, ya que las transformaciones y las políticas que de éstos derivan no se consolidan "de una vez y para siempre", sino que por lo contrario se constituyen como parte de un modelo hegemónico, que representa a diferentes intereses e ideas, las cuales no permanecen de forma estática.

Un complemento no menos importante y que sobresale en esta perspectiva es la posibilidad de construir nuevos diálogos entre las diferentes disciplinas y formas de intervenir de cada una de ellas, en relación a la complejidad del contexto. Estas cuestiones, llevan a la posibilidad de pensar al Trabajo Social y sus intervenciones como dispositivo, es decir como una trama de relaciones que se pueden establecer entre diversos componentes en una misma línea de articulación y diálogo entre diferentes puntos problemáticos.

Las cuestiones propiamente políticas siempre implican decisiones que requieren que optemos entre alternativas en conflicto, las mismas se constituyen como construcciones precarias y pragmáticas, que pueden ser desarticuladas y transformadas (Mouffe, 2007). Esto quiere decir que los Sistemas de Protección Social son resultados de la acción política, considerando que "Todo orden es político y está basado en alguna forma de exclusión, siempre existen otras posibilidades que han sido reprimidas y que pueden reactivarse" (Mouffe, 2007).

Aquellas medidas que el Estado desarrolló en las últimas décadas, se dan en el marco de concebir a las políticas públicas como formas de garantizar el bien común, de carácter universal, con enfoque de derechos. Éstas son producto de una concepción del Estado, que se diferencia del modelo de Estado Neoliberal, en donde se concebía al mismo como "Estado mínimo" con escasa o poca injerencia.

Este énfasis de lo Estatal y de un Trabajo Social crítico implica una serie de interrogantes, esencialmente ligados con las modalidades de intervención. Se torna indispensable plantear este debate, ya que el predominio hacia la fracturación social y los intentos de re- filantropía de la profesión han predominado e influido en las últimas décadas sobre la formación de los estudiantes y profesionales. En contraposición a ésta última, la mirada de este estudio pretende enfocarse en las experiencias profesionales y colectivas que le dan un sentido transversal a las políticas sociales.

Estas nuevas cuestiones seguramente también se presentarán como tema de agenda en la medida que la recuperación de los mecanismos de integración social construya nuevos formatos de sociedad. En el campo de la salud, la accesibilidad se presenta como posibilidad de retomar el enfoque que entienda a la salud como proceso histórico social.

En la actualidad, las Políticas Sociales Argentinas, al incorporar una perspectiva de Derechos Humanos y tender hacia una lógica de cobertura de tipo universal, pueden favorecer procesos de inclusión social. En el caso de nuestro país, la Asignación Universal Por Hijo y la Ley de Salud Mental se inscriben en un nuevo paradigma relacionado con nuevos derechos y especialmente con los Derechos Humanos. Su factibilidad se centra en la existencia de un estado presente, que da cuenta de la construcción de una nueva centralidad desde éste en un proceso de reconstrucción de la sociedad.

Capítulo V: Análisis de la situación de accesibilidad a la salud Pública en el Municipio de General Pueyrredón

5.1 Entrevista sobre la accesibilidad al sistema de salud público Municipal

En el marco de la estructura pública de salud Municipal se llevaron a cabo entrevistas con la oficina de Servicio Social, la cual forma parte de los Centros de Atención Primaria de Salud. Dichos encuentros fueron con el objetivo de conocer la accesibilidad al sistema de salud público, en especial por parte de los trabajadores/as informales que dependen exclusivamente de tal sistema. La atención primaria de la salud forma parte del Sistema Nacional de Salud, como condición básica para el desarrollo social y económico de la comunidad. En este sentido los Municipios se encargan de brindar la asistencia sanitaria esencial.

Según la Organización Panamericana de la Salud *"Un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales."*

En el caso de Argentina, tanto la Constitución de la Provincia de Buenos Aires como la Constitución Nacional vigente asumieron estos principios aceptando el compromiso a brindar salud. A su vez, los Municipios se comprometen a mantener las condiciones de salubridad, cuidado ambiental y a fomentar por todos los medios disponibles la implementación de la Atención Primaria de la Salud –APS- comprendida como la articulación en los tres niveles de atención.

Dichas entrevistas fueron realizadas en la sede de los Centros de Atención Primaria, específicamente en las oficinas del Servicio Social, a cargo de los y las Trabajadores/as sociales. Ésta División interviene prioritariamente en el eje materno-infantil, incluyendo mujeres embarazadas y niños hasta 6 años de edad, desarrollando estrategias de intervenciones asistenciales, preventivas y de promoción ante problemáticas y necesidades sociales que presentan las familias, grupos y actores de la

comunidad en el marco del proceso salud – enfermedad – atención, tendiendo a la construcción de estrategias de intervenciones interdisciplinarias.

El Trabajo Social aporta al equipo interdisciplinario de salud el estudio de las variables socioeconómicas, culturales y ambiéntales que inciden positiva o negativamente en el proceso de salud-enfermedad. Facilita el acceso e integración de las personas a la institución de salud, creando situaciones que favorezcan la comunicación, cooperación, participación y respeto por el otro, para la recuperación y promoción de la salud. Tiene además como objetivo Integrar los equipos en el ámbito de la Secretaria de Salud de la MGP, elaborando y desarrollando los Programas existentes en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Las entrevistas fueron realizadas dentro del Partido de General Pueyrredón. Dicho Municipio posee una población total que asciende a 618.989 habitantes. De los cuáles 295.294 son varones y 323.695 mujeres, según el Censo 2010.

Desde el punto de vista metodológico, se trabajo en base a una entrevista diseñada con diferentes preguntas, semi-abiertas y abiertas y con diferentes escalas de opinión. La realización de las entrevistas fue acordada con los profesionales, de acuerdo a sus horarios y responsabilidades dentro de su franja laboral, teniendo de esta manera la posibilidad de conocer el contexto ambiental/situacional de cada Centro de Salud.

La selección de los Centros de salud entrevistados se baso en su ubicación geográfica dentro del área de jurisprudencia que le corresponde al Municipio de General Pueyrredón. La intención fue de abarcar, aproximadamente, un Centro de Salud por cada zona (oeste, norte, sur, centro).

A su vez se incluyen datos arrojados por el Programa Municipal “Acercar”, el cual se desarrolla en el marco de la Atención primaria de la salud cuyo objetivo es fortalecer las acciones en el terreno, a través de la realización de actividades locales participativas con líderes y organizaciones de la comunidad. La Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón es quien pone en marcha el Programa Acercar (Acciones Comunitarias en Red y Control Ambiental de Riesgos), a través del cual estimula el desarrollo de redes comunitarias, potencia el trabajo multidisciplinario e intersectorial, promueve el análisis de las relaciones de los problemas socio-sanitarios

con los procesos de salud-enfermedad, para la adquisición de herramientas que faciliten el cuidado de la salud de la comunidad.

Por último se complementará este estudio con los datos proporcionados por la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC) año 2010.

5.2 Indicadores relevados

A continuación se realizará una exposición de los resultados que arrojaron las entrevistas que se efectuaron y estudios secundarios, teniendo en cuenta cinco indicadores que son de interés para el objetivo de este estudio: funcionamiento y dinámica de los centro de atención primaria de salud; accesibilidad física (medio de transporte públicos/privados, etc.) en relación a los barrios de procedencia; el perfil de la población que concurre a los Centros de Atención teniendo en cuenta las características familiares, nivel de ingresos, fuente ocupacional de los usuarios y cobertura de salud; vinculación del centro de salud en relación a las políticas públicas y la comunidad, y por último debilidades y fortalezas de los centros de atención primaria de salud entrevistados.

5.2.1 Funcionamiento y dinámica institucional

Respecto al funcionamiento y dinámica institucional, en este apartado se indaga en los aspectos que hacen a la estructura institucional, con el objetivo de obtener una muestra general acerca de los profesionales que componen los CAPS.

Tabla 1: Profesionales

Profesionales	Belisario Roldan	Barrio Belgrano	Centro de referencia IREMI	Faro Norte	Felix U Camet	Playa Serena
Ginecología	si	si	si	si	si	si
Servicio Social	si	si	si	si	si	si
Enfermería	si	si	si	si	si	si
Medico/a pediatra	si	si	si	si	si	si
Medico/a generalista	si	si	si	si	si	si
Medica/o obstétrica	si	si	si	si	si	si
Psicología	si	si	si	si	si	si
Terapista Ocupacional	si	si	si	no	si	si
Odontología	no	si	si	no	si	si
Fonoaudiología	no	si	si	no	si	no
Psiquiatra	no	si	si	SI	si	no
Psicopedagogía	no	si	si	no	no	no
Nutricionista	no	no	si	no	no	no

Fuente 1: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas.

En este caso la información se compone de cantidad de profesionales y servicios con los que cuenta el centro de salud, también se detallan posteriormente los caminos

institucionales a los cuales puede acceder la persona, para obtener un turno con el profesional que requiera, es decir el sistema de turnos que posee la institución, la franja horaria de la cual dispone la institución, - y un punto importante en este apartado - la posibilidad que tiene la institución de poseer o no poseer un sistema de guardias. Éste quiere decir, una franja horaria "extra" por sobre la franja horaria diurna semanal.

Gráfico 1: Sistema de guardias

Fuente 2: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

En el grafico 1 se observan los profesionales que posee cada CAPS, en el mismo se puede visualizar los profesionales con los que cuenta cada institución. En entrevista con los profesionales del área social, narran que el acceso a la consulta con cada especialidad es a través de tres caminos: uno de ellos son los turnos programados, en el caso de las personas con enfermedades crónicas, y en los casos de los controles del recién nacido en el marco del programa SUMAR (ampliación del PLAN NACER). Otra alternativa que tienen los usuarios es por medio del sistema de turnos a través de un sistema telefónico (Call center), marcación 147. Por último, también se accede a través de la solicitud de forma personal en el centro de salud, la cual se solicita en el mismo día que la persona desea contactar con el profesional. En este último caso el usuario debe concurrir con varias horas de antelación al centro de salud (entre las 5 y las 7am) para obtener un turno.

Otra alternativa que ofrecen algunos centros de salud (en el grafico 1 y 2 se detalla) es su sistema de guardias, al cual el usuario puede concurrir al centro de salud por fuera de la franja horaria diurna.

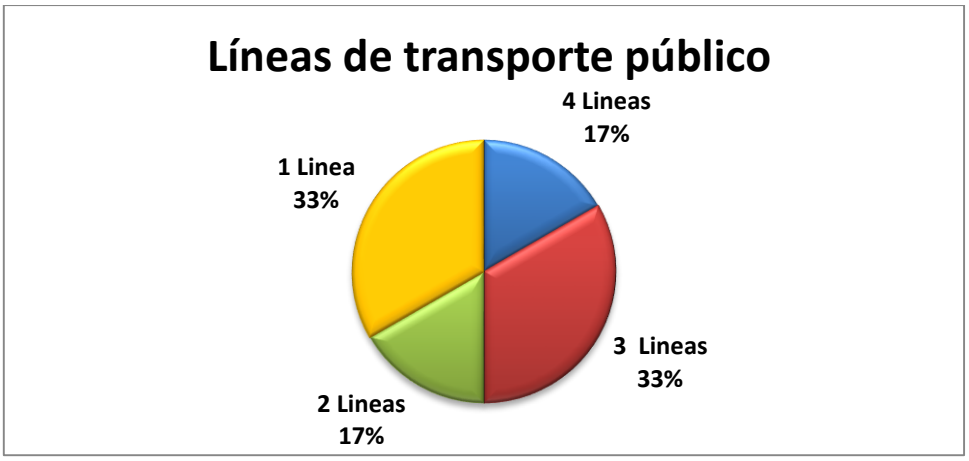
En dicho grafico se puede observar que el 33% de los Centros de salud entrevistados poseen un sistema de guardias que le permite acceder, en casos que lo

requieran, a la población de los barrios de su área programática. El resto (67%) queda imposibilitado de esta alternativa, ellos son barrios con importante población: Barrio Belisario Roldan, Faro norte, Felix U Camet y en el caso del Barrio Belgrano el cual posee, pero exceptuando los días domingos.

5.2.2 Accesibilidad física

En este punto se dialogó con los profesionales sobre los medios de transporte públicos que tienen al alcance las personas, para lograr concurrir a la institución.

Gráfico 2: Líneas de transporte



Fuente 3: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

El grafico 3 detalla las vías de acceso que poseen las personas para lograr acceder a las instituciones entrevistadas. Es necesario resaltar que uno de los Centros de salud que poseen una sola línea de colectivo, como es el caso del centro de Playa serena, posee un área programática que contiene una notoria cantidad de barrios, ellos son: barrio Playa Serena, barrio Alfar, San Eduardo del mar, San Jacinto, San Patricio, Costa azul, Acantilados, Chapadmalal, El Marquesado, San Carlos, Marisol, Playa los lobos, Barrio Santa Isabel, es decir una extensión de aproximadamente 30 km.

En el caso de este centro de salud Playa serena, la línea de transporte única es la Nº 221, siendo que la línea de transporte Nº 511 (con el que formalmente contarían también las personas), solo pasa entre tres y cuatro veces en el día con horarios inexactos. A su vez, la línea de colectivo única Nº 221 posee una tarifa diferenciada

($6,00) respecto al boleto plano, ($ 5,80) y con una franja horaria restringida durante la noche.

Otro caso similar, ocurre con el Centro de salud de Felix U Camet el cual también posee una sola línea de colectivo Nº 581 con características que se asemejan al barrio anteriormente descripto.

Y por último, en el caso del Centro de salud del barrio Belisario Roldan también se observan problemáticas graves respecto a la accesibilidad física, ya que si bien poseen dos líneas de transportes públicos (Nº 532 y Nº 562), en ciertas ocasiones los usuarios se encontraron ante la situación de que una de sus líneas - en ciertas oportunidades – no hace el recorrido por dentro del área que comprende el barrio.

Es necesario destacar que no se incluyó en el grafico el transporte privado, pero respecto a éstos los profesionales de los Centros de salud coincidieron en que, en ciertas ocasiones, los transportes privados son reticentes a ingresar a los barrios (principalmente a la noche) por situaciones calificadas como inseguras.

5.2.3 Perfil de la población

Con el objetivo de aproximarse a la situación de accesibilidad a la salud pública, éste estudio consideró importante caracterizar, a través de rasgos generales, a la población que concurre a los centros de atención primaria entrevistados. Para ello se propusieron una serie de ítems que guiaron a los profesionales durante la entrevista en esta dirección.

Gráfico 3: Fuente ocupacional

Fuente 4: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

Se considera que ésta variable (fuente ocupacional) es de crucial importancia ya que, como se mencionó en capítulos anteriores, las personas que no poseen trabajo, o el mismo se desarrolla de manera informal, precarizada, por su propia condición laboral dependerán en mayor medida del apoyo de las instituciones públicas para su bienestar social.

Siguiendo la premisa expuesta en este estudio acerca de que la protección social estuvo basada y construida a partir de los trabajadores formales, es que se tornó imprescindible indagar acerca de la situación laboral actual de las personas que concurren a las instituciones de salud.

En los barrios Belgrano y Belisario Roldan, donde están ubicados dos de los centros de atención primaria entrevistados, los profesionales del servicio social afirmaban que los trabajos en su mayoría son en el rubro de la construcción y a través de "changas"2. Por otro lado, la ocupación predominante de las personas que concurren al Centro de referencia IREMI, el cual está ubicado en la zona céntrica del Municipio, los profesionales sostenían que la misma está vinculada a los trabajos de temporada turística, es decir "trabajadores /as temporarios" en mayor medida en el rubro gastronomía, trabajos referidos a la recreación en las calles (circenses, humoristas, etc.). Por último, la particularidad de los barrios de la zona sur (Playa serena, faro norte), es que la fuente ocupacional se relaciona principalmente con empresas pesqueras. El trabajo doméstico es una de las fuentes laborales que más ingresos genera en los distintos centros de salud entrevistados.

Por último, es importante mencionar que una fuente de ingresos en la que coincidieron los profesionales de los centros de salud entrevistados es la Asignación universal por hijo, la cual representa un ingreso económico en la mayoría de las personas que no poseen trabajo registrado, o se encuentran desempleados/as.

El objetivo de este apartado, luego de hacer hincapié en la fuente ocupacional, es también hacer énfasis en la cobertura de salud. Los datos que se publicaran a continuación fueron proporcionados por la Encuesta permanente de hogares (INDEC, 2010). Si bien la misma abarca a toda la población de Buenos Aires, la intención es

2. Se entiende por el término "changas" a los trabajos informales, esporádicos que no están registrados.

visualizar a través de esta muestra, un dato aproximado acerca del porcentaje de población que no posee obra social, prepaga o plan estatal. En este sentido, el 35,4% de la población que habita en la provincia de Buenos Aires no tiene obra social, prepaga o plan estatal y en el Municipio de General Pueyrredón existe una notoria población que depende de trabajos informales, temporarios y precarizados. Esto quiere decir que, como se venía hipotetizando en este estudio, dicho porcentaje de la población depende exclusivamente del sistema de salud público, ya que su fuente ocupacional no le posibilita acceder a otro tipo de sistema de salud. De aquí la importancia de analizar en profundidad la forma de acceder a dicho derecho.

Gráfico 4: Tipo de cobertura de salud

	Población en viviendas particulares	Tipo de cobertura de salud				**No tiene obra social, prepaga o plan estatal**
		Obra Social (1)	Prepaga a través de obra social	Prepaga sólo por contratación voluntaria	Programas y planes estatales de salud	
Total	**15.482.751**	**7.395.833**	**1.677.294**	**735.381**	**198.333**	**5.475.910**
Varones	7.525.274	3.465.489	844.293	361.483	89.625	2.764.384
Mujeres	7.957.477	3.930.344	833.001	373.898	108.708	2.711.526

(1) Incluye PAMI.

Nota: se incluye a las personas viviendo en situación de calle.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Para complementar este análisis, se dialogó acerca de las principales problemáticas que se trabajan en el equipo de los centros de salud entrevistados. Al igual que en la variable anterior, dichas problemáticas variaron parcialmente de acuerdo a las zonas recorridas.

Las problemáticas destacadas fueron: sobre los centros de salud de la zona oeste entrevistada el desempleo, la problemática habitacional y las adicciones. En lo que

respecta a la zona céntrica, las problemáticas prevalecientes fueron las situaciones relacionadas con violencia de género y las adicciones. En la zona norte se destacó la problemática habitacional y, en coincidencia con la zona oeste, también el desempleo. Esta variable permite conocer aquellas problemáticas destacadas y, posteriormente, como y de qué manera de que manera intervienen en relación a éstas los centros de salud para lograr integrar al conjunto de la población vulnerable a las mismas. Se consideró importante incorporarlas a éste estudio ya que las mismas se vincularan con las actividades y proyectos que adoptan las instituciones de salud, para trabajar en base a éstos problemas y profundizar de esta manera el acceso al bienestar social. A continuación se analizaran estas variables.

5.2.4 Vinculación con programas, proyectos y la comunidad.

En este apartado se analizan aquellos programas, proyectos y actividades con los que, afirman los profesionales, se trabaja en los centros de salud. Los mismos son implementados por cada institución y responden a las problemáticas e intereses prevalecientes de la zona programática. Dichos programas están vinculados tanto al Municipio de General Pueyrredón como a organismos Nacionales o Provinciales con dependencia en distintas secretarias (Ministerio desarrollo Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud).

A su vez, en diálogo con los centros de salud algunos de ellos afirman trabajar en conjunto con ONGs y movimientos sociales. En esta oportunidad se tendrán en cuenta las instituciones públicas, pero considerando su vinculación en un sentido amplio. Por ello se hace parte en este estudio a la vinculación con la comunidad, la cual también será analizada en profundidad.

Gráfico 5: Programas y proyectos

Fuente 5: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

En este sentido se puede visualizar que los programas con los que más frecuentemente intervienen los CAPS entrevistados son el Programa "Remediar", programa de alcance nacional y el programa de Seguridad Alimentaria. El primero tiene por finalidad la provisión gratuita de los medicamentos ambulatorios para la población que lo requiera. El objetivo de este programa es asegurar el acceso al Sistema de salud público. En cada centro de salud los profesionales narran que dicho acceso se realiza previa autorización del médico que corresponda, y luego el procedimiento continúa por la vía administrativa instituida.

Por otra parte el Programa de Seguridad Alimentaria, el cual provee asistencia alimentaria, también es parte de la política más utilizada y requerida con la que intervienen los Servicios Sociales. Este es un recurso económico que posibilita acceder a una tarjeta alimentaria a aquellas personas que no poseen empleo registrado, no perciben jubilaciones o pensiones contributivas y son mayores de 18 años.

Otros programas de alcance Nacional que implementan las instituciones de salud, son, por ejemplo, el Programa Nacional de Educación sexual integral destinado a enseñar educación sexual a niños/as y jóvenes. El centro de salud de Belisario Roldan

trabaja ésta temática interdisciplinariamente con el equipo de salud y las instituciones educativas más próximas al área programática.

El Programa Nacional “Prohuerta” impulsado desde el INTA el cual se propone mejorar y diversificar la alimentación de las familias, escuelas instituciones y organizaciones de la comunidad, promover la participación comunitaria en la producción de alimentos, mejorar el ingreso familiar pudiendo integrar en un mercado de economía social entre otros objetivos. Este último se hizo presente en el Centro de atención primaria de Playa Serena, el cual articulaba también con la Sociedad de Fomento, mediante la entrega de semillas y charlas informativas sobre huertas orgánicas.

Las problemáticas referidas a violencia de género fueron abordadas por un Centro de salud a través de talleres en el marco del programa nacional “noviazgos sin violencia, por una relación saludable”. Dicho programa consta de talleres en articulación con escuelas secundarias, cuyo fin es reflexionar y debatir, con el objetivo de desnaturalizar aquellas relaciones que se inician en la juventud desde una desigualdad entre géneros.

Los últimos programas resaltar son el programa Municipal “Punto de encuentro” y el programa Municipal “ACERCAR”. El primero es uno de los programas de la Dirección General de Coordinación de Políticas Integrales de Prevención de la Violencia y el Delito. Esta Dirección tiene como misión principal diseñar e implementar políticas, programas y proyectos de prevención de la violencia y del delito en el Partido de General Pueyrredón. Para ello, se realizan programas de abordaje integral con el objetivo de intervenir en las causas estructurales de la violencia, diseñando proyectos de prevención comunitaria, deporte inclusivo y cultura comunitaria.

Y por último el programa “Acercar”, el cual desarrolló en conjunto con la Secretaria de educación, la Secretaria de Cultura y Desarrollo Social, la Universidad Nacional de Mar del Plata, ONGss entre otras, distintas acciones referidas a vacunación, castración de mascotas, controles de riesgo cardio-vascular, controles oftalmológicos y odontológicos, charlas informativas.

DATOS ACERCAR TOTAL AÑO 2014

Departamento de Enfermería- Secretaria de Salud MGP

ACCIONES	PERSONAS	DERIVADOS
ODONTOLOGIA	6466	2838
CARDIO-VASCULAR	1759	682
AGUDEZA VISUAL	6835	1593
VACUNAS PERSONAS	2093	LIBRETAS AUH 377
CHARLAS TALLERES Y MESAS DE DIFUSION	798	

En el gráfico presentado a continuación se visualizan aquellas instituciones, actores y organizaciones que poseen injerencia y vinculación con los centros de salud entrevistados. La idea de este análisis es plasmar la importancia del trabajo en conjunto, que afirmaron realizar cada centro de salud entrevistado.

Gráfico 6: Instituciones y comunidad

Fuente 6: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

Uno de los conceptos que subyacen al momento de analizar las entrevistas realizadas, en relación al contexto barrial en el cual están insertos los centros de salud, es el de "red social". Desde la mirada que sostiene Chadi Mónica (2000) sobre redes: *"Se puede imaginar a cada grupo de personas como "puentes" que se construyen cruzando de un extremo al otro de los ámbitos, estableciendo de ese modo una comunicación que genera intercambio e interconexión".*Este aporte nos permite tener un acercamiento a una de las funciones implícitas (a criterio de éste estudio) que cumplen los centros de salud.

Es importante recalcar el rol social de dichos centros de salud, los cuales se posicionan hacia el interior de cada comunidad como una herramienta de vinculación, como espacio que propicia la participación, la pertenencia y contención. Complementando a Chadi respecto al concepto de redes, desde el enfoque de Nuñez Roberto (2001) *"La red es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales aportando los atributos de "contención", "sostén", "posibilidad de crecimiento".* Se puede decir, a partir de las entrevistas con los Servicios Sociales, que dichas instituciones además de su función específica de salud, también ocupan un espacio en donde, además de favorecerse el debate y participación, se ponen de manifiesto una complejidad de entramados sociales.

A su vez, esta complejidad de implicancias de los centros de salud, lleva a comprender y analizar su funcionamiento, desde un enfoque relacional. Para el trabajo social este concepto adquiere una multiplicidad de sentidos, hace alusión a un modo de funcionamiento de lo social, a una línea conceptual, tiene también un sentido instrumental, técnico.

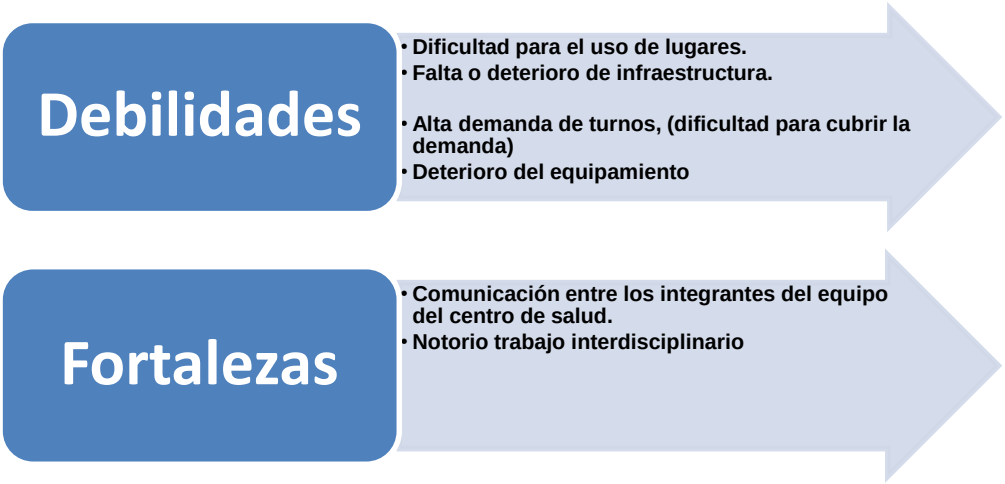
Este análisis si bien no profundiza las características especificas de cada barrio, sí tiene en cuenta la activa presencia de Sociedades de Fomento, la construcción de Redes Institucionales como herramienta de comunicación entre distintos actores (personas de las Instituciones educativas más cercanas, vecinos y comerciantes, etc.) y la participación de la sociedad en general por medio de grupos informales, compuesto de voluntarios organizados para actividades puntuales del barrio, como experiencias que contribuyen a la cohesión y que las mismas son posibles de potenciar, pero de manera particular en cada barrio.

En este sentido, el trabajo de articular y cooperar que afirmaron sostener desde los centros de salud con las instituciones y la comunidad, formando parte de un proceso donde se intercambia información, se generan nuevos conocimientos, se potencian las experiencias, se intercambian recursos, se hacen prácticas integradas es fundamental para la construcción de modelos replicables para otros proyectos y como forma de ampliar la ciudadanía y los derechos sociales.

De todas maneras, más allá de este trabajo conjunto, también es imprescindible destacar, como último punto, aquellas debilidades y fortalezas que hacen a la accesibilidad en los centros de atención primaria.

5.2.5 Debilidades y fortalezas de los Centros de atención primaria de salud

Gráfico 7: Debilidades y fortalezas



Fuente 7: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas

En este último grafico se detallan las debilidades y fortalezas que afirmaron caracterizar los profesionales con los que se dialogó en los centros de salud. Estas debilidades y fortalezas son un resumen amplio, el cual permite visibilizar las potencialidades de los centros de salud Municipales, y también hacer visibles aquellos puntos específicos a mejorar, cambiar, transformar en beneficio de un sistema de protección social inclusivo.

Capítulo VI: Conclusiones

En Argentina, las políticas neoliberales implementadas en los años ‘90 derivaron en una profunda crisis social, que se reflejó en una creciente desigualdad en la distribución del ingreso, asociada a problemas de empleo cada vez mayores y a un aumento de la pobreza y la vulnerabilidad social, hechos que impactaron con severidad en las condiciones de salud de los argentinos. En el año 2001, la crisis se profundizó hasta altos niveles. La ciudad de Mar del Plata no fue ajena a este proceso, ya que la misma representa una de las ciudades con los índices de desocupación más altos del país (11%), (INDEC, 2013).

En materia sanitaria, la crisis afectó las obras sociales, las instituciones públicas y del PAMI, y la desafiliación creciente a los servicios de medicina prepaga, lo que produjo un notable crecimiento de la demanda de atención en el subsistema público. Ese escenario de emergencia exigió la implementación de respuestas profundas y estructurales. En relación a la implementación de estas políticas del Estado y la sociedad es que se formuló este análisis.

Como punto de partida, en 2003 se implementó el Plan Federal de Salud, una reforma progresiva y sustentable, cuyo fin fue establecer un modelo basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Esta fue presentada como la respuesta sanitaria más contundente para garantizar el acceso universal, la distribución equitativa de recursos, la calidad dela atención y la participación de la comunidad en el cuidado de su salud. A continuación se reflexionará acerca de algunos puntos observados sobre la APS en el Municipio de General Pueyrredon.

Este estudio fue realizado en base a entrevistas en los centros de atención primaria de la salud del Municipio de General Pueyrredon, teniendo en cuenta su funcionamiento y dinámica, accesibilidad física, el perfil de la población características familiares, nivel de ingresos, fuente ocupacional de los usuarios y cobertura de salud; vinculación del centro de salud en relación a las políticas públicas y la comunidad, y por último debilidades y fortalezas.

Dicho análisis comenzó con la indagación acerca de los profesionales que componen el sistema de atención primaria y los caminos administrativos para acceder a una consulta médica. Este primer acercamiento posibilitó visualizar la dinámica y funcionamiento de los centros de salud entrevistados. En este punto se observó que la distribución de los profesionales es heterogénea de acuerdo a cada centro de salud, la

cantidad de profesionales y especialistas varía de acuerdo a cada institución, el centro de salud de referencia Iremi posee aproximadamente 130 profesionales, mientras que el centro de salud de Belisario Roldan cuenta con 11.

A su vez se observó que la forma de acceder a los turnos es personalmente en el mismo día, los mismos se logran obtener con una antelación de un tiempo de entre cuatro y cinco horas previas a la apertura (aproximadamente a las 8am) del centro de salud. Este largo periodo de espera da cuenta de la gran demanda de salud. Por otro lado se encuentran los turnos programados, los cuales son un punto a favor de la accesibilidad, el mismo está dirigido a aquellas personas con una enfermedad crónica, incluyendo también a las familias que concurren por los controles del recién nacido. Esta posibilidad, la cual estaba presente en todos los centros de salud entrevistados es importante ya que de lo contrario en ambas situaciones sería muy dificultoso solicitar un turno cada vez que estos usuarios lo requieran.

Respecto al sistema de guardias y la accesibilidad física (transporte) que poseen los centros de salud entrevistados, se puede decir que es el punto más débil dentro del funcionamiento institucional interno y externo. Siendo que solo un 33% de los entrevistados posee guardias médicas, mientras que el resto de los centros carecen de esta posibilidad. En los centros de salud que no cuentan con este sistema, las instituciones de salud más cercanas rondan entre los 5 y 8 km de distancia desde su barrio hacia las mismas (Hospital Materno Infantil ó Hospital Interzonal de agudos Dr. Oscar Allende) y paralelo a esta situación, cuentan únicamente con una o dos líneas de transporte público para trasladarse.

El transporte se presentó como uno de los puntos más precarios en la mayoría de los centros de salud, exceptuando al centro de referencia IREMI el cual está ubicado en el centro de la ciudad con una amplia cantidad de líneas de transporte. En la mayoría de las entrevistas estuvo presente esta problemáticas ya sea por el alto precio en la tarifa del boleto en el caso del centro de salud Playa Serena (tiene un coste diferenciado), o por la escasa frecuencia, en los casos del centro de salud de Belisario Roldan o Belgrano.

Otra variable de análisis fue el perfil de la población que concurre a los centros de salud y las principales problemáticas sociales. La desocupación, el trabajo informal, la violencia de género los problemas habitacionales y alimentarios son algunos de los

problemas más frecuentes con los que se encuentran los Servicios sociales de los centros de atención primaria.

La incorporación de esta variable fue un requisito indispensable si se pretende intervenir desde el paradigma histórico crítico. Los y las trabajadores/as sociales que intervienen en lo cotidiano en los centros de salud, lejos de abordar dichos problemas solo de las perspectiva medica – anclada en un paradigma positivista- trabajan para y con sujetos sociales que están insertos y condicionados por un contexto social, es por ello que este estudio comprendió una mirada más integral, de lo contrario sería insuficiente analizar la accesibilidad al sistema de salud publico únicamente desde el binomio salud-enfermedad. Por lo tanto, esta perspectiva implicó analizar la accesibilidad enmarcada en un proceso de fragmentación social, cuyas repercusiones forman parte de restricciones estructurales que deben ser tomadas en cuenta y revertidas como por ejemplo la búsqueda de la formalización laboral, la cual involucra, para cada caso, herramientas tan diversas como el ejercicio del poder de aplicación de las leyes laborales, la promoción a través de diferentes instrumentos de la formalización de las unidades más precarias, el desarrollo económico sostenible y la ampliación del sistema de protección social.

Revertir estas problemáticas es parte de los desafíos que atraviesa actualmente el Municipio, como a su vez lo es ampliar su campo de acción y disminuir la estratificación de los servicios y beneficios. Esto se relaciona con el sistema establecido de protección social, que al haber sido diseñado en función del sector formal del empleo, excluye o brinda un acceso estratificado de sus beneficios a la mayor parte de la población. Sumado al proceso de corte neoliberal a nivel mundial que impacto no solo en la economía, sino en las condiciones sociales de los sujetos, el sistema actual se encuentra con la complejidad de diseñar políticas e intervenir para revertir esta situación.

Otro punto central de este análisis lo constituyeron los programas y la vinculación de los centros de salud con la comunidad y otras instituciones. Con respecto a este apartado el eje se centró en conocer la interrelación dentro y fuera de los centros de atención primaria, actividades comunitarias, participación de los distintos actores sociales etc.

Actualmente el Municipio de General Pueyrredon, cuenta con novedosas herramientas en materia de salud como el Programa "*ACERCAR*," y los programas Nacionales "Remediar" y SUMAR.

Según las estadísticas del Municipio, el programa ACERCAR realizó 798 charlas, talleres y mesas de difusión en coordinación con el programa "Envión", Sociedades de fomento, Escuelas y Jardines de infantes. Este programa permitió entrelazar a la comunidad interpelando a la sociedad sobre cuidados de la salud, hábitos saludables programas y proyectos a través de distintas actividades.

Por otro lado, otro de los programas que fortalece al sistema de salud público y que se implementa en todos los centros entrevistados, fue el programa Remediar, el cual según el Ministerio de salud contribuyó a reducir significativamente los precios de los fármacos, dado que hasta entonces la utilización exclusiva demarcas comerciales inducía un incremento desproporcionado del gasto en salud. Simultáneamente, la creación de Remediar, no sólo garantizó a los ciudadanos en situación de pobreza o sin cobertura de obra social el acceso gratuito a fármacos de calidad, sino que también incentivó la demanda de consultas a la red asistencial del primer nivel de atención.

Desde el lanzamiento del programa, el número de consultas atendidas en centros de salud creció significativamente y en sus años de existencia ha dado cobertura a más de quince millones de personas, que reciben gratuitamente los fármacos destinados a cubrir el 80 por ciento de las consultas del primer nivel de atención.

Por otra parte se observó una amplia articulación con otros programas y proyectos que no necesariamente se relacionan directamente con salud (Programa Pro huerta, punto de encuentro, Ley Nacional del Educación sexual integral, programa de seguridad alimentaria) aportando al abordaje integral de la salud y proporcionando información, desde otras perspectivas de conocimiento.

Esta forma de trabajar en conjunto con la comunidad, favorece a la accesibilidad siendo que tanto los centros de salud, como el resto de las organizaciones que participan de este intercambio, y se nutren mutuamente posibilitando intervenciones con carácter interdisciplinar.

Se visualizó durante la trayectoria de este estudio que el resultado de este trabajo en conjunto y de las políticas sociales implementadas forma parte de una concepción

particular acerca del Estado. Esta relación es parte del proceso que se abre como producto del estallido social que puso en crisis el proyecto neoliberal, momento histórico que dio inicio a un proceso de reestructuración de la protección social donde el Estado ocupó un nuevo rol. Esto forma parte de entender a las políticas sociales en el complejo marco de las políticas públicas como procesos y campos permanentes en disputas políticas, ideológicas y técnicas, como un terreno relacional y conflictivo.

Es decir, que estas medidas que el Estado desarrolló en las últimas décadas, se dan en el marco de concebir a las políticas públicas como formas de garantizar el bien común, de carácter universal, con enfoque de derechos. Éstas son producto de una concepción del Estado, la cual se diferencia del modelo de Estado Neoliberal en donde se concebía al mismo como "Estado mínimo" con escasa o poca injerencia. Por lo tanto este periodo abre la posibilidad de repensar el marco teórico del Sistema de Protección Social, y la concepción de las Políticas Sociales. Algunos de los aspectos más significativos del modelo emergente de protección social en Argentina son: creciente protagonismo de las áreas del gobierno nacional en tanto rectoras de los sistemas de salud y educación, la unificación de los programas de combate a la pobreza y la tendencia a la universalización de la seguridad social a través de instrumentos que combinan criterios contributivos y no contributivos (Del Valle, 2009).

El Seguro Público de Salud (SPS) es uno de los programas que vale la pena destacar, este fue creado como herramienta operativa de la Ley Provincial 13.413. Su principal objetivo es promover el cuidado de la salud en aquellas personas que carezcan de obra social o prepaga. Éste programa se inserta en la estrategia de Atención Primaria de la Salud de los municipios de la Provincia de Buenos Aires que se adhieran, impulsando las concepciones de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de una amplia red de prestadores médicos, obstétricas, odontólogos, bioquímicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y promotores de salud.

Los programas no contributivos son un eje central en la accesibilidad siendo que poco más de un tercio (35,4%) de la población no cuenta con obra social o prepaga en la provincia de Buenos Aires. Para este porcentaje no menor de la población, es crucial contar con programas y políticas que contribuyan a fortalecer el subsistema de salud pública.

En este sentido, Carballeda (2012) sostiene que esta nueva centralidad de lo Estatal implica una serie de interrogantes, esencialmente ligados con las modalidades de intervención vinculadas a los efectos de casi cuarenta años de tránsito hacia la fractura social, la perceptiva de inscripción y preinscripción social y el diseño de dispositivos de orden transversal que den sentido a las políticas sociales. Estas nuevas cuestiones, seguramente también se presentarán como tema de agenda en la medida que la recuperación de los mecanismos de integración social construya nuevos formatos de sociedad. En el campo de la salud, la accesibilidad se presenta como obstáculo y posibilidad de retomar tradiciones que entienden a la salud como proceso histórico social.

Las políticas mencionadas párrafos anteriores, no son las únicas existentes, ni tampoco solucionan en su totalidad la problemática de la vulnerabilidad social, sino que forman parte de un punto de partida que es preciso profundizar. Los centros de salud del Municipio de General Pueyrredón entrevistados aun poseen puntos débiles referidos a la accesibilidad. La mayoría de los profesionales entrevistados hizo alusión a la falta de infraestructura, presupuesto y equipamiento, a partir de los cuales repercuten en la atención que luego recibirán los usuarios. Otro punto débil se centró en la escases de turnos en el día y disponibilidad horaria de atención, ya que las personas que concurren al centro de salud lo hacen desde horas muy tempranas, comprometiendo aun más su salud, su organización laboral, familiar etc. siendo que deben contar con una apertura horaria amplia para lograr conseguir un turno con un profesional.

Por otro lado, las potencialidades trataban sobre la exitosa comunicación entre el equipo de profesionales y la notoria articulación de las instituciones con la comunidad, logrando programar varias actividades comunitarias, eventos y encuentros. Este punto de partida es esencial ya que en contextos de fragmentación social, la posibilidad de compromiso, participación y dialogo son pilares fundamentales para el crecimiento de la ciudadanía.

Si bien se observó una notoria voluntad de los profesionales para contribuir a la transformación de las problemáticas sociales y con un interés marcado por realizarlo con el conjunto de la sociedad, este desafío no puede contar solo con la iniciativa individual –valiosa e indispensable- de los profesionales y los actores sociales. Es por ello que los debates y no cesan, ya que las transformaciones y las políticas, que de éstos

derivan no se consolidan “de una vez y para siempre”, sino que por lo contrario se constituyen como parte de un modelo hegemónico, que representa a diferentes intereses e ideas, las cuales no permanecen de forma estática.

A su vez, si bien es fundamental la construcción de proyectos y actividades tanto Municipales nacionales y provinciales, también lo es incluirlos en la legislación. Un ejemplo de esto es La Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico y el Programa Remediar –implementado en centros de atención primaria– los cuales fueron los principales pilares en la universalización de la protección social y forma parte de uno de los imperativos planteados para responder a la severa emergencia del 2002, que impedía que los medicamentos estuvieran al alcance de gran parte de los argentinos, fue la formulación de una política tendiente a garantizar la accesibilidad de toda la ciudadanía a estos bienes esenciales, así como también a promover un uso racional de los mismos.

La idea de que dichas políticas se posicionen como Leyes también se expresa como contracara a las desigualdades en la situación de salud, lo que plantea la necesidad de generar respuestas integrales a favor de una atención sanitaria de calidad, también de la educación y el desarrollo humano y social.

En este sentido, se torna difícil imaginar una política social sustentable sin mejorar las tasas de empleo, los niveles de desocupación y las desigualdades sociales. En cuanto que es preciso que la protección social se constituya de forma inclusiva y que garantice la permanencia en el mundo laboral.

Si bien los límites y potencialidades de estos programas no son posibles de analizar en este trabajo, son sin embargo son un punto de partida en la necesaria articulación entre Estado y Ciudadanía.

Coincidiendo con el Doctor en Salud Colectiva Hugo Spinelli, se trata de comprender a la configuración del campo de la salud desde “sus agentes y los capitales en juego, así como los perfiles epidemiológicos y los problemas sociales y desafíos que enfrentan los trabajadores, los gestores y los gobernantes.”(Spinelli H., 2010)

Como sostiene el autor, se trata de explorar nuevas formas organizativas para el campo, abordando los territorios de las meta políticas a través del análisis del trabajo, la organización, la gestión y el gobierno como dimensiones a ser pensadas, de manera de

posibilitar acciones destinadas a configurar nuevos actores y/o estructuras, más allá de "las políticas". El propósito que se persigue es el de poder pensar la situación actual del campo de la salud, en función de acciones emancipadoras. (Spinelli H.; 2010)

Por último, para concluir este análisis, Carballeda propone revisar desde donde y para que se interviene, ya sea en salud pública, y en todos los ámbitos y campos donde intervenimos los y las trabajadores/sociales. Según el autor, la intervención se presenta de esta manera como un lugar de construcción de nuevas preguntas, de agenda pública, pero especialmente como lugar de encuentro entre lo macro y lo micro. En definitiva pensar a la Intervención como nuevo lugar para la palabra, dentro de un proceso de análisis que inevitablemente se desliza hacia la construcción de acontecimiento que actúa como analizador donde lo social y lo cultural develan su dimensión oculta. (Carballeda A., 2002)

Referencias

Bibliografía

-Abramovich, Víctor, Christian Courtis (2002) Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales. Curso Básico Auto formativo sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

-Acosta, olga y Ramírez, J. (2004). "Las redes de protección social: modelo incompleto". *Unidad de Estudios Especiales*. CEPAL- Naciones Unidas.

- Ase.I y Burijovich. J (2009) "La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Revista Salud Colectiva. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Buenos Aires

-Banco Mundial (2001) World social protection sector strategy: from safety net to springboard, Washington.

-Beccaria L., Vinocur P. (1991) "La Pobreza del ajuste o el ajuste de la pobreza". UNICEF, Argentina.

-Britos, Nora; Rubén Caro; Cristina González. (2010). Exigibilidad de derechos sociales e intervención en Trabajo Social.

-Bustelo E. (2000) "De otra manera: ensayos sobre política social y equidad". Ed. Homo Sapiens.

-Bourdieu P. (1980) "Campo de poder, campo intelectual". Ed. Montressor

-Carballeda, Alfredo J. (2002) La Intervención en Lo Social. Editorial Paidós. Buenos Aires 2002.

-Carballeda, Alfredo y otros. (2004) "Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación". Artículo Publicado en www.margen.org

-Castel R. (1997) "La metamorfosis de la cuestión social" Ed. Paidos. Buenos Aires.

-Cecchini S. y Martínez R. (2011) “Protección social inclusiva en América Latina”. Una mirada integral, un enfoque de derechos. Comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.

-Cecchini, S y Uthoff. A (2008) “Pobreza y empleo en América Latina: 1990-2005”. Revista CEPAL.

-Centrángolo O. Jimenez J. (2003) “Política fiscal en Argentina durante el régimen de convertibilidad”. Santiago de Chile Mayo 2003. CEPAL

-Chadi, Mónica. (2000). *“Redes sociales en el trabajo social”.* Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina.

-Cichón, Michael; Wolfgang Scholz; Arthur van de Meerendonk; Krzysztof Hagemejer; Fabio Bertranou y Pierre Plamondon (2004), *Financing Social Protection*, Quantitative Methods in Social Protection Series, Geneva, International Labour Office/International Social Security Association.

-Del Valle A. (2013) “Protección social y transformaciones de las políticas sociales en Argentina”, en A política social na América do Sul: perspectivas e desafíos no século Ed. Universidad Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

-Filgueira F., Molina.C, Papadopulos J., Tobar F. (2006) “Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar la condiciones de vida”. Universalismo básico una nueva política social para América Latina. Documentos de trabajo del INDES.

-Gonzalo González, Bernardo, (2001) La protección social: perspectiva histórica-crítica”, *Foro de Seguridad Social*, Madrid.

-Gough, Ian (1999) ‘Welfare Regimes: On Adapting the Framework to Developing Countries’, Global Social Policy Programme, Working Paper 1. University of Bath.

-Gough, Ian; y Geof Wood (2004) ‘Introduction’. En: Ian Gough y Geof Wood (comps.) Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America. Cambridge UniversityPress, pp. 1-11.

-Grassi E. (2003) “Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame”. Buenos Aires. Ed. Espacio

-Guerra, Yolanda. (1995) A instrumentalidade do Serviço Social. Cortez Ed.; São Paulo.

- Guerra, Yolanda (2008) Trabajo social y debates en Ciencias Sociales. Revista de Trabajo Social – FCH – UNCPBA.

-Hagemejer, Krzysztof (2001) Social protection expenditure and performance reviews: Methodological note on definitions, classifications and performance indicators,Ginebra, OIT.

- Holzmann, Robert y Jorgensen, Steen, (2000) Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá, Banco Mundial, Washington, Serie de Documentos de Discusión sobre la Protección Social, núm. 6.

- Iamamoto, Marilda. (1997) Servicio Social y División del Trabajo. Editorial Cortez, Buenos Aires.

-Isuani, Ernesto “La seguridad social y las transformaciones sociales Latinoamericanas”.

-Maceira, Daniel (2007) “Economía Política de las Reformas de Salud: Un Modelo para evaluar Actores y Estrategias.” Nota Técnica de Salud No. 2/2007. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington (DC)

- Marcus, R. (2004). “The Role of Cash Transfers in Tackling Childhood Poverty”. CHIP Policy Briefing 2. Childhood Poverty Research and Policy Centre.

-Mingione. E “Las Sociedad Fragmentadas. Una sociología de la vida económica más allá del paradigma del mercado”. (1991). España.

-MTE y SS, INDEC, Banco Mundial. (2005) “La Informalidad Laboral en el Gran Buenos Aires, Una Nueva Mirada”. Resultados del Módulo de Informalidad de la EPH. Buenos Aires.

-MTE de Economía de la Provincia de Buenos Aires. (2001) “El dilema de la economía informal: evidencias y políticas”. Cuadernos de Economía Nº 59. La Plata.

-Montaño, Carlos Eduardo. (1997) El servicio social frente al neoliberalismo. Cambios en su base de sustentación funcional-laboral. Serviço Social &Sociedade nº 53. São Paulo, Cortez.

_____ La naturaleza del servicio social. Un ensayo sobre su génesis, su especificad y su reproducción. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social.

-Morin E. (1994) "Introducción al pensamiento complejo".

-Mouffe C.,(2007)**, "***En torno a lo política",* Ed. Fondo de Cultura Económica, Bs As. Argentina

-Navarro, V y Quiroga, A (2003) La protección social en España y su convergencia con la Unión europea, (mimeo).

-Netto P. (2012) "Trabajo Social: critica a la vida cotidiana y Método en Marx", compilado por Marina Capello y Carolina MamblonaRevista: Los Trabajos y Los Días; año 4, no. 3

- Nun, J.; Marín, J.C.; y Murmis, M. (1968): "La marginalidad en América Latina: Informe Preliminar." *Documento de trabajo* N° 35, Buenos Aires: CIS.

-Nuñez, R. (2008). *"Redes comunitarias"*. Afluencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional. Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina.

- O'Donnell, Guillermo (1993) Estado, Democratización y ciudadanía. Nueva Sociedad Nº 128 noviembre- diciembre 1993.

-Organización de las Naciones Unidas, (1994), Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, Egipto. ONU.

-Pautassi, Laura (2010) Perspectiva de Derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina. Buenos Aires, Editorial Biblos,(organizadora), Buenos Aires.

-PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano (2010) "La verdadera riqueza de las naciones: Camino al desarrollo Humano."

-Quirós G. Saravi.G (1994) "La informalidad económica", Ensayos de Antropología Urbana. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.

-Rofman R. “Las políticas de protección social y su impacto en la distribución social del ingreso en Argentina”. Banco Mundial

-Ronconi, Lucas (2001) “Informalidad laboral e Inspección del trabajo en Argentina. Un enfoque Institucional.” Documento 46. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, Fundación Gobierno y Sociedad

-Seco, Martín y Romo, Marino, (2005) *La organización de la seguridad social*, Buenos Aires, Fundación Interamericana para el Desarrollo y Formación de Fondos de Pensiones Laborales.

-Perrone. N y Teixidó. L (2007) “Estado y Salud en Argentina” Revista de la Maestría en Salud Pública. Año 5- Nº10.

-Spinelli. H (2010) “Las dimensiones del campo de la Salud en Argentina”. Revista Salud Colectica, Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal .Buenos Aires.

-Uthoff A. (2006) “Brecha del Estado de Bienestar y reformas a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe” CEPAL

Normativa consultada.

-Ley provincial 13.413

-Ley Provincial Nº 10.751.

-Ley Nacional Nº 26.150

-Ley Nacional Nº 26.061

-Código de Ética del Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires

-Código Penal de la Nación Argentina.

-Código Civil Penal de la Nación Argentina

Sitios Web

http://www.indec.gov.ar

http://abc.gov.ar/

http://www.censo2010.indec.gov.ar/

http://www.infoleg.gov.ar/

http://www.ts.ucr.ac.cr/bv/revistas_digitales.php

http://www.msal.gob.ar/

http://www.ms.gba.gov.ar/programas/

http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/seguropublico/

http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/incluirsalud/

http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/nacer/informacion-para-beneficiarios/

http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/remediarmasredes/objetivos/