

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

LAS “MADRES” EN LAS POLÍTICAS DE SALUD: ¿FOCALIZACIÓN O UNIVERSALIDAD? .

.María Pozzio.

Cita:

.María Pozzio (2009). *LAS “MADRES” EN LAS POLÍTICAS DE SALUD: ¿FOCALIZACIÓN O UNIVERSALIDAD?*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/888>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

XXVII Congreso ALAS.
GT11: Género, desigualdades y ciudadanía.

Lic. María Pozzio¹. mariapozzio@gmail.com
Becaria CIC-UNQ. Docente UNLP.

LAS “MADRES” EN LAS POLÍTICAS DE SALUD: ¿FOCALIZACIÓN O UNIVERSALIDAD?

Introducción:

Esta ponencia apunta una reflexión sobre el modo en que una política de salud – en particular el Plan Nacer- construye el perfil de sus destinatarias. En el caso estudiado, se generó el siguiente interrogante: esas destinatarias ¿son consideradas como “madres” o como “ciudadanas”? Surgida del trabajo de campo, esta cuestión expresa una tensión muchas veces presente en las políticas de salud y en las políticas destinadas a mujeres, la tensión entre *focalización* y *universalidad*. Repensar esta cuestión teórica de la mano de algunos materiales empíricos es el eje de la presente ponencia.

El trabajo² que sustenta estas reflexiones es una etnografía sobre la relación entre agentes estatales y destinatarias, en el marco de la gestión cotidiana de las políticas implementadas en un centro de salud de un barrio periférico del Gran La Plata. El trabajo fue realizado priorizando una perspectiva microsociológica, que puso de relieve el punto de vista de los actores sociales. Atendiendo a ello es que consideramos a las políticas de salud como todo aquello que se realiza en el cotidiano de un centro de salud, desde la implementación efectiva de programas nacionales, provinciales y municipales, como a las prácticas rutinarias y asistenciales de los agentes estatales –tanto profesionales como administrativos-. En esta ponencia nos referiremos en especial al Plan Nacer, que por estar dirigido a la población materno-infantil, condensa algunas de las cuestiones centrales que motivan nuestra reflexión.

Políticas de Salud y Categorías Estatales:

Los programas como el Nacer³, así como el conjunto de prácticas que forman parte de la política de salud observadas en nuestro trabajo de campo, se plantean como objetivo

¹ Licenciada en Sociología UNLP. Candidata a Magíster en Antropología Social por el IDES-IDAES/UNSAM.

² “*Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*” Tesis de Maestría en Antropología Social IDES-IDAES/UNSAM. En evaluación. El trabajo de campo se realizó en distintas etapas entre 2004 y 2007.

³ *Nacer* es un seguro público de salud para mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de 6 años sin cobertura de salud, que tiene como objetivo reducir la morbimortalidad infantil para llevarla “al año 2010 a un dígito”. Formó parte, junto con *Remediar* y *Médicos Comunitarios*, del Plan Federal de Salud, la política sanitaria de la gestión de Ginés Gonzáles García, para el período 2003-2007. Fuentes: www.msal.gov.ar e Informe “Buenos Aires 30/15” (2007)

principal reducir la “morbimortalidad”⁴ de la población, mejorando el acceso a los recursos y las condiciones de vida.

Como señalan quienes estudiaron el sistema de salud en Argentina y las reformas a las que el mismo fue sometido (Chiara, Medina y Miraglia 2008) a partir de la década de 1990 se generaliza la implementación de programas *focalizados*, lo cual significa que están dirigidos a una población específica que la misma política define y delimita. Detenernos en esta definición es importante, ya que, como sostiene Bourdieu, uno de los poderes más importantes del Estado es justamente éste, el de definir, producir e imponer ciertas categorías que aplicamos a todo lo que en el mundo hay, incluso al propio Estado (Bourdieu, 1997: 91). Por eso es necesario prestar atención al momento del proceso burocrático que moviliza ese capital simbólico que “ nombra ” poblaciones.

Es en la efectiva implementación de las políticas *vis a vis* la población que se produce la repetición de *actos de nombramiento*⁵ (Bourdieu, 1997) que permean las percepciones de los agentes estatales y de los destinatarios, produciendo efectos de largo plazo en el sentido común y en la práctica cotidiana de aquellos que hacen el Estado a diario (Soldano, 2009). Entonces ¿cuáles son esas categorías y definiciones?

La población cuya “morbimortalidad” se busca reducir es explícitamente, según lo define el Nacer: “madres con hijos menores de 6 años”, “niños menores de 6 años”, “embarazadas”, “puérperas”, “mujeres en edad fértil sin cobertura social”, “adolescentes”. El acento está puesto, claramente, en la relación madre-hijo, o más bien, en “la mujer”⁶ en tanto madre, responsable y cuidadora de ese hijo. Así, nominar de este modo a una población destinataria nos muestra la esencialización de una relación social, reduciendo al *maternazgo* como práctica social a la biología de la *maternidad* –exclusivamente femenina- (Lamas, 1986). Esta esencialización inspira las clasificaciones de las políticas “donde tienen toda la prioridad los esquemas “hormonales” y reproductivistas de la fisiología femenina, que determinan de manera radical las ideologías médicas y sociales sobre el ser mujer” (Esteban, 2006: 13). Y en este proceso de esencializar, las categorías estatales sobredimensionan determinados atributos de la identidad de las personas en detrimento de otros; lo cual tiene implicancias en el modo en que las categorías, construyen la ciudadanía de las destinatarias.

Si nombrar es instituir y crear identidades sociales, mediante la repetición de los *actos de nombramiento* de las “destinatarias” como “madres”, vemos nuevamente, el recurso a la esencialización del rol y la visualización de las mujeres exclusivamente en dicho rol. Por lo tanto, consideramos que es necesario empezar a poner en cuestión si las mujeres –en este caso, para las políticas de salud y para quienes las implementan- son construidas

⁴ Con el término *morbimortalidad* se hace referencia a las enfermedades y causas de muerte de una determinada población.

⁵ Por *actos de nombramiento* entendemos a los ritos de las instituciones a través de los cuales se constituyen las identidades sociales, bajo control y garantía del Estado, lo cual vale como una descripción oficial de una suerte de **esencial social** (el resaltado es nuestro) (Bourdieu, 1994).

⁶ “La mujer” aquí hace referencia a un modelo abstracto de mujer propuesto por las políticas, donde “la mujer” se define por ser “madre”.

como “ciudadanas”; o si el beneficio otorgado por la política se basa en otro principio distributivo –distinto que el de la ciudadanía-.

¿Universales o focalizadas? El punto de vista de un funcionario provincial.

En el marco de nuestro trabajo sobre la implementación de políticas de salud, entrevistamos a un funcionario del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, a cargo entonces de la Dirección de Atención Primaria de la Salud⁷. Interesados por el modo en que este funcionario -a través de la específica interpretación que hacía de los objetivos del Plan Nacer- resignificaba operativamente los recursos de dicho Plan, pudimos comenzar a dar cuenta, en la lógica de los actores, de la tensión entre *focalización y universalidad*.

El funcionario planteaba que el plan Nacer -destinado explícitamente a “mujeres con hijos menores de 6 años sin obra social”- les servía a él y sus colaboradores para dotar de recursos a los centros de salud. Fortalecidos de este modo, los centros de salud podrían salir “extramuros”, lo cual significaba para él “dejar de atender a demanda” y planificar la asistencia de manera “más universal”.

Para este funcionario, uno de los mayores problemas del primer nivel de atención es la falta de planificación. Debido a esa falta, los profesionales “se quedan” en el centro de salud y atienden sólo la demanda; esto contribuye a invisibilizar aún más a aquellos sectores que “no demandan”. Vemos aquí eso que denominábamos una resignificación operativa de los objetivos y recursos de un programa: si bien el Nacer, diseñado desde el nivel central bajo la inspiración del Banco Mundial, focaliza en una población por su nivel de vulnerabilidad, el funcionario busca que los recursos del programa sirvan para plantear una política más universal en el primer nivel de atención. Pero al mismo tiempo, su planteo pone de manifiesto la tensión entre *focalización y universalidad* ya que de programa focalizado que puede ser usado con aspiraciones de universalidad, el funcionario diagnosticaba como problema lo que podemos denominar la focalización espontánea de la demanda, ya que “Por el momento, la que demanda de forma espontánea, por una cuestión cultural, es la mujer”. Esto nos permite comenzar a pensar sobre la *focalización* como un dispositivo estatal que construye a la mujer como “madre”.

Tal como plantea Daniela Soldano (2009), la idea de *dispositivos discursivos de focalización* hace referencia a la retórica estatal que define y clasifica a los sujetos de la pobreza y les exige requisitos para comprobar su situación y resituarlos en su carrera como asistidos (Soldano, 2009). Así, la definición de la población destinataria de parte de una política -como puede ser el caso de “madre” en los programas materno infantiles- convierte ciertos atributos de las personas en requisitos para ser visualizados por el Estado. En el caso del Nacer: estar en edad fértil, tener capacidad reproductora, ser

⁷ La Dirección de Atención Primaria de la Salud estaba a cargo del Dr. Marín -2006-2007- , bajo la órbita de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, entonces a cargo del Lic. Mate. En dicho período la Dirección coordinaba el accionar de los más de 1600 CAPS de la provincia de Buenos Aires y gestionaba a nivel provincial los programas Remediar, Nacer y Médicos Comunitarios.

“madre” de hijos menores, todas cuestiones que se vuelven centrales a la hora de convertirse en “destinatarias” de la política. Al garantizar el acceso a los recursos, tener o no estos atributos se convierte en un mérito.

Cuando el funcionario que entrevistábamos nos planteaba la idea de que “la que demanda es la mujer por una cuestión cultural”, sus palabras plantean esta cuestión del mérito como categoría local que la acción estatal reconoce y contribuye a reforzar. Ahora bien, en un contexto de políticas focalizadas, donde lo que el Estado ofrece no se da de manera universal, la cuestión de que “la que demanda es la mujer por una cuestión cultural” nos obliga a preguntarnos si las mujeres demandan atención en tanto “madres” porque así se han acostumbrado a ser interpeladas; o el Estado –las políticas de salud, el Nacer- las interpela así porque es el modo en que ellas, tradicionalmente, demandan atención. Si esta cuestión pareciera llevarnos a un callejón sin salida, al mismo tiempo introduce una cuestión clave a la hora de querer modificar la acción estatal en pos de una mayor universalidad: para transformar esta situación en que “la que demanda es la mujer” ¿basta con modificar la oferta estatal de políticas? ¿Basta con salir “extramuros” y tener voluntad universalista para que las políticas lleguen a todos?

¿Madres o Ciudadanas?

En el sistema de salud de nuestro país se viene implementando desde la década de 1990 la gestión por programas. Este tipo de dispositivo se sustenta en la *focalización* de poblaciones, promoviendo el paso de un modelo universal a un modelo descentralizado, orientado a los que no tiene ningún tipo de seguro ni cobertura médica (Belmartino, 1999). Inspirados en la idea de equidad, estos programas se dirigen a: una población que tiene algún tipo de enfermedad o es considerada como una población en riesgo de contraerla –por ejemplo, diabetes, hipertensión, VIH-; o a una población considerada por algún motivo “vulnerable”, cuya salud “debe ser” atendida por el Estado. Las políticas estatales de salud como el Plan Nacer pertenecen a este segundo grupo de políticas.

Sin embargo, es necesario decir que en las políticas de salud, existe, a pesar de la mencionada lógica de la *focalización*, una apelación a la categoría de “ciudadanos/as”. A pesar de la constante especificación de una “población de riesgo”, que se define en base a atributos específicos, también existe en la letra de los programas una apelación a los “ciudadanos y ciudadanas” y una recurrente mención a garantizar “los derechos de la salud de todos”. Es decir, al mismo tiempo que se focaliza, está presente en la perspectiva estatal la apelación a la “ciudadanía”. Es por ello que viendo lo que sucedía con la implementación de políticas en un centro de salud, nos preguntábamos si las mujeres demandan atención en tanto “madres” o como ciudadanas, lo cual nos obliga a preguntarnos sobre la manera en que el Estado construye con sus categorías a estas mujeres.

En este sentido, es iluminador el planteo de Nancy Fraser (1997), quien distingue tres principios distributivos según los cuales el Estado otorga beneficios. Estos son: el de la *necesidad* –base tradicional de los sistemas de asistencia a los pobres-; el del *mérito* –donde el beneficio se recibe en proporción a la contribución hecha por la persona, es

honorable pero el más antiigualitario, según la autora; y el de la *ciudadanía*, donde el beneficio se recibe sólo por ser miembro de la sociedad, es para Fraser honorable, igualitario, pero costoso y difícil de mantener. Según este planteo, puede pensarse que las políticas de salud analizadas otorgan sus beneficios por el principio de la *necesidad* –“el binomio madre-hijo sin cobertura social” como población vulnerable- o por el del *mérito* –tal como lo planteamos más arriba, ser madre como un mérito ya que otorga beneficios, y/o el reconocimiento a la mujer que aporta hijos-ciudadanos al Estado, como sería en los Estados pro-natalistas (Zaremborg, 2007)-.

Partiendo de la premisa de que el Estado mantiene relaciones diferentes con hombres y mujeres⁸ y que por lo tanto, la ciudadanía es sexuada -o generizada-, hallamos en Fraser el principio de una solución teórica a esta cuestión. En esta línea, la autora planteará que las políticas del Estado tienen mucho que ver con el modo en que se configuran las dos ideas asociadas de *Proveedor* y *Cuidador*, siendo que, en el Estado benefactor del siglo XX, la primera se asociaba al hombre y la segunda, a la mujer. Haciendo una crítica de ese modelo, Fraser propone que las políticas con equidad de género de lo que denomina debiera ser un Estado benefactor postindustrial, implicarían las ideas asociadas de *Proveedor Universal* y *Paridad del cuidador*: en ambos casos, los roles, es decir el de *proveedor* y el de *cuidador*, pueden ser desempeñados de manera indistinta por uno u otro género (Fraser, 1997: 61). Así, este modelo llevaría a un Estado cuyos beneficios fueran otorgados según el principio de la *ciudadanía* y que mantuviera iguales relaciones con hombres y mujeres.

Ahora bien, considerando que las políticas estatales lejos están aún de haber sido inspiradas por una real equidad de género; y que el cuerpo de la mujeres, la reproducción y la fecundidad son cuestiones reguladas por la esfera pública y de vital importancia en las políticas de salud, insistimos con la idea de que las mujeres destinatarias son construidas e interpeladas más como “madres” que como ciudadanas.

Pero, dada la *focalización* de las políticas, quienes deben esgrimir la maternidad como un requisito son aquellas madres “sin cobertura social de ningún tipo”. Es decir, a quienes se alude principalmente como “madres”, quienes deben esgrimir esa condición para ser visualizadas y acceder a los servicios estatales de salud⁹, son las “madres pobres”, las “más vulnerables”, las que “no tienen ningún tipo de cobertura de salud”. Esto significa que no todas las mujeres son “maternalizadas” por las políticas estatales de la misma manera.

⁸ “...las mujeres y los hombres mantienen relaciones distintas con el Estado y son, por consiguiente, sujetos políticos de distinta categoría, en dos características observables de las relaciones género/Estado: la primera es que las estructuras y las políticas del Estado producen efectos distintos en hombres y mujeres; y la segunda, que las mujeres y los hombres influyen de manera distinta en la actividad estatal” (Moore, 1999: 179-180)

⁹ Los servicios estatales de salud que, desde los noventa, se han convertido en una “salud para pobres”.

Reflexiones Finales

Comenzamos esta ponencia planteando que brevemente el modo en que determinadas políticas de salud –el Plan Nacer en particular- definen a sus destinatarias como “madres”. A partir de la resignificación operativa que un funcionario realiza con los recursos de ese Plan se planteó la tensión entre *focalización* y *universalidad*, que se manifiesta según proponemos en nuestro análisis, en el dilema “madres” o ciudadanas.

Así, por un lado, podemos plantear que dicha tensión es clave para entender los clivajes entre quienes planifican y ejecutan políticas de salud, a saber: aquellos que sostienen que las políticas deben ser *universales* –es decir, para toda la población, en base a un derecho de ciudadanía- y quienes sostienen que deben ser *focalizadas* –para una población específicamente definida por la política-. En este sentido consideramos fructífera la apuesta por un punto de vista microsociológico basado en el punto de vista de los actores ya que, antes de quedarnos con la dicotomía casi irreductible entre los dos polos de la tensión *focalización* y *universalidad*, pudimos reconocer los sentidos que estas categorías tienen para los actores, poniendo con ello de relieve diferentes apropiaciones y matices.

Luego de proponer la idea de que, en un contexto de políticas focalizadas, la maternidad puede ser vista como un requisito para acceder a los recursos de las políticas de salud, podemos decir que, más allá de la letra de los programas, el principio en base al cual se otorgan esos beneficios, en el marco de nuestro trabajo de campo, no sería el de la ciudadanía. Y para sostener esto es central distinguir al menos tres niveles de la acción estatal: lo que dicen los programas – que manifiesta ideologías, saberes, acuerdos de los planificadores y funcionarios-; lo que dicen y hacen los agentes estatales encargados de gestionarlos cotidianamente; y por último, a la luz de las interacciones con esos agentes, los modos en que los destinatarios de esos programas y políticas, las interpretan y actualizan. Así, nuestra primera afirmación se sitúa en este último plano; es en ese nivel en que las mujeres destinatarias son interpeladas casi exclusivamente como “madres”.

Así, más allá de la singularidad de nuestro hallazgo, proponemos:

- por un lado, que esta distinción es una herramienta útil a la hora de analizar el modo en que las políticas se implementan y dan forma al Estado a diario, evitando con ello miradas que lo reifican y opacan su comprensión (Oszlak, 1984)
- por otro, que el recurso a una escala microsociológica si bien no nos permite la generalización de resultados, sí apunta a generar interpretaciones localmente situadas, preguntas y reflexiones empíricamente fundamentadas y por ello, problemas que apunten a ser contruidos de un modo genuinamente más “universal” (Frederic y Soprano, 2005).

Por último, limitamos nuestra afirmación a aquellas mujeres definidas como población objetivo de las políticas, esto es, las mujeres sin cobertura social, es decir, las “madres pobres”, las que demandan efectivamente atención en los servicios estatales de salud, efectores de programas como el Plan Nacer.

Referencias bibliográficas:

- BELMARTINO, Susana. (1999) *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿quién será el árbitro?* Buenos Aires. Lugar Editorial.
- BORGES, Antonadia. (2005) “Sobre pessoas e variaveis: etnografia de uma crenca política” en *Mana*, N° 11, Río de Janeiro. 67-93.
- BOURDIEU, Pierre (1997). “Espíritus de estado. Génesis y estructura del campo burocrático”. En: Pierre Bourdieu. *Razones prácticas*. Barcelona. Editorial Anagrama. 91-138.
- BOURDIEU, Pierre. (1994) “L'illusion biographique” En : *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. N° 62/63. París. 69-72.
- CHIARA, Magdalena, MIRAGLIA, Marina y MEDINA, Arnaldo. (2008) *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines. Editorial UNGS.
- ESTEBAN, Mari Luz (2006) “El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”. En: *Salud Colectiva*. Volumen 2, número 1, enero-abril. 9-20.
- FRASER, Nancy (2007) *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición postsocialista*. Bogotá. Siglo del Hombre editores-Universidad de Los Andes.
- FREDERIC, Sabina y SOPRANO, Germán. (2005) “Introducción” en: *Cultura y Política en etnografías sobre la Argentina* Universidad Nacional de Quilmes Editorial, Bernal. 11-65.
- LAMAS, Martha. (1986) “La antropología feminista y la categoría género” en *Nueva Antropología* vol. 8 N° 30, México. 173-198.
- MOORE, Henrietta. (1999) *Antropología y Feminismo*. Madrid. Ediciones Cátedra.
- OSZALK, Oscar (comp.) (1984) *Teoría de la Burocracia Estatal: enfoques críticos*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- SOLDANO, Daniela. (2009). “El Estado en la vida cotidiana. Algunos desafíos conceptuales y metodológicos de la investigación social sobre política y biografía”. En: S. Frederic y G. Soprano (comps.). *Política y variaciones de escalas en el análisis de la Argentina*. Buenos Aires. UNGS / Prometeo Libros. 235-254.
- ZAREMBERG, Gisela (coord.) (2007) *Políticas sociales y género. Tomo I. La institucionalización*. FLACSO, México.