

LA MATRIZ ASISTENCIAL DE LA SALUD PÚBLICA. APORTES DESDE LA GUBERNAMENTALIDAD.

The assistance matrix of public health. Keys from governmentality perspective.

Melisa Campana Alabarce¹

Recibido: 16/10/2018

Aceptado: 4/12/2018

Resumen

En este artículo se da cuenta de la tesis de Doctorado en Trabajo Social, publicada bajo el título *Medicalizar la asistencia. Asistencializar la salud*. La intención primordial es compartir los principales aportes que brinda la “caja de herramientas” foucaultiana para pensar el problema de investigación y llevarla a cabo, sin pretender resumir en un artículo toda la tesis, sino mostrar la potencia heurística de esa perspectiva para el abordaje de un tema caro a esta disciplina. Se plantea, en primer término, el problema de investigación, así como las hipótesis y objetivos con las que se trabajó. Seguidamente, se exponen los principales desafíos teóricos y empíricos que se presentaron durante el proceso de investigación, a partir de la puesta en funcionamiento del andamiaje teórico escogido. Por último, se reseñan en las conclusiones, los aportes más destacados que arroja la tesis y los desafíos de trabajo futuro, se enfatiza en la virtuosidad de la perspectiva adoptada.

Palabras clave

Asistencia social - medicalización - Estado - gobierno de la pobreza - gubernamentalidad

Abstract

What is exposed in this paper is a product of the PhD thesis in Social Work, published under the title of *Medicalizar la Asistencia. Asistencializar la salud*. The intention is to share the main contributions that Foucaultian's "toolbox" gave to think about the research problem and to carry it out. The research problem, as well as the hypotheses and objectives, will be raised first. Next, the main theoretical and empirical challenges presented during the research process will be presented. Finally, the conclusions will summarize the most important contributions and the challenges put to future work.

Key words

Social assistance - medicalization - State - government of the poor - governmentality

Cómo citar

Campana Alabarce, M. (2018). La matriz asistencial de la salud pública. Aportes desde la gubernamentalidad. *Intervención*, 8(2), 39-73.

¹ Dra. en Trabajo Social. CONICET. Universidad Nacional de Rosario y Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina.
melisacampana@gmail.com

1. Introducción

El presente trabajo tiene la intención de exponer, desde una perspectiva peculiar, el producto de la tesis de Doctorado en Trabajo Social, publicada bajo el título *Medicalizar la asistencia. Asistencializar la salud* (Campana, 2012). La pretensión no es tanto comentar el contenido minucioso de la tesis, ni ofrecer un resumen de la misma, sino compartir los principales aportes que brinda la “caja de herramientas” foucaultiana para pensar el problema de investigación y llevarla a cabo.

El punto de partida de la investigación estuvo dado por una inquietud “banal y actual”: la indisoluble asociación entre beneficios asistenciales (léase no contributivos) y certificación médica, bajo la típica idea de “condicionalidad” arraigada en la arquitectura de la política social argentina -y latinoamericana- de las últimas tres décadas. La pregunta que funciona como piedra basal de la tesis es la siguiente: ¿cómo se construyó un vínculo tan estrecho entre el dispositivo sanitario y el asistencial, al punto de que el acceso y permanencia a casi la totalidad de beneficios de los planes o programas asistenciales estén supeditados a algún tipo de certificación médica? Pregunta aparentemente simple, respuesta compleja.

El problema de investigación se refiere a la asistencialización de la salud pública en Argentina, se orienta por la hipótesis general de que la lógica asistencial es constitutiva de los dispositivos de la salud pública y que, en el marco de la gubernamentalidad neoliberal, ocurrió un fenómeno de re-asistencialización de la salud. Esto es que, si bien la lógica asistencial permeó todas las intervenciones sociales del Estado, en el caso de la salud pública esto se enfatizó al componente asistencial históricamente presente en su operatoria.

Las tres hipótesis específicas sobre las cuales se organiza el trabajo son: a) que el discurso médico higienista funcionó como condición de posibilidad para la emergencia del dispositivo asistencial en Argentina; b) que salud pública y asistencia social establecieron un estrecho vínculo y generaron diversos modos de gobierno de la pobreza en diferentes momentos históricos; y c) que en el marco de la razón gubernamental neoliberal ocurrió un proceso de re-asistencialización o sobre-asistencialización de la salud pública, es decir, que se profundizó su función asistencial intrínseca.

En ese marco, el caso paradigmático para el análisis de dicho fenómeno es la Atención Primaria de la Salud en el Municipio de Rosario y la investigación describe el proceso por el cual la salud pública desempeñó allí, durante las últimas dos décadas, una función asistencial que la erigió en una modalidad privilegiada de gobierno de la pobreza.

Se comenzará por explicitar los principales desafíos que presenta el pensamiento foucaultiano frente a algunas (de)formaciones profesionales, para luego reseñar los hallazgos a los que arriba la

investigación y terminar ofreciendo, a modo de conclusiones, algunas posibles líneas de trabajo a futuro.

2. Metodología

2.1 Hipótesis, técnicas y marco metodológico

Las preguntas iniciales que motivan la investigación giran en torno al siguiente interrogante: ¿cómo se construyó un vínculo tan estrecho entre el dispositivo sanitario y el asistencial, al punto de que, por ejemplo, casi la totalidad de beneficios de los planes o programas asistenciales estén supeditados a una certificación médica?

A raíz de ello, tal como se adelantó en la Introducción, una primera hipótesis general sostiene que el discurso médico higienista funcionó como condición de posibilidad para la emergencia del dispositivo asistencial en Argentina. La siguiente hipótesis plantea que, a partir de entonces, salud pública y asistencia social establecieron un estrecho vínculo y generaron, en diferentes momentos históricos y según fueran las características de su articulación, diversas modalidades de gobierno de la pobreza. La tercera hipótesis sostiene que en el marco de la gubernamentalidad neoliberal, ocurre un proceso de re-asistencialización de la salud pública, es decir que, si bien la lógica asistencial permea todas las intervenciones sociales del Estado, en el caso de la salud pública esto se sobreimprime al componente asistencial históricamente presente en su operatoria.

Para describir cómo se establecieron esas diversas articulaciones entre salud pública y asistencia social, así como las estrategias de intervención operativizadas a partir de dicha articulación, es necesario, en primer lugar, reconstruir la trayectoria del dispositivo de salud pública y del dispositivo asistencial del país.

Esto responde a dos razones. Por un lado, la reconstrucción historiográfica, en clave de historia del presente, permite reconocer las condiciones de emergencia de ambos dispositivos y analizar, a partir de allí, las modalidades concretas de intervención social del Estado activadas en cada momento. Esto implica abordar, simultáneamente, dos niveles de análisis, uno referido a las tecnologías de gobierno -técnicas y procedimientos a partir de los cuales es posible identificar formas particulares de intervención-, y otro referido a las racionalidades políticas, en tanto discursos en los que se inscriben y tornan inteligibles dichas tecnologías. Por otra parte, el tratamiento en paralelo de ambos dispositivos permite identificar momentos de ruptura y líneas de continuidad, en cuanto a la mayor o menor activación del componente asistencial en la salud pública.

Para la reconstrucción historiográfica que da cuenta de las condiciones de emergencia, consolidación y desarrollo de los dispositivos de salud pública y de asistencia social en Argentina, se

recurre, principalmente, al análisis bibliográfico y la observación de documentos, prestando especial atención a las expresiones vertidas en reglamentaciones, normativas, informes, boletines, *papers*, documentos de trabajo y declaraciones de organismos académicos y políticos -nacionales e internacionales-, así como de funcionarios y figuras públicas, con el fin de reconstruir los términos en los que fue problematizada la pobreza y las propuestas de intervención modeladas en función de ello.

Asimismo, es necesario rastrear, en particular, las características que adquiere el conjunto de intervenciones sociales del Estado en la actualidad, dado que los fenómenos de asistencialización de la política social y de re-asistencialización de la salud pública, se inscriben en el contexto específico de la gubernamentalidad neoliberal y asumen, por lo tanto, rasgos específicos. Para ello, se toma como analizador a la Atención Primaria de la Salud en el Municipio de Rosario, dado que grafica cómo la salud pública ha tomado a cargo funciones asistenciales y se ha constituido en una modalidad privilegiada de tratamiento de la pobreza.

También en este caso, la observación de documentos representa la modalidad primordial de obtención de información, seleccionando documentos “instituyentes”, es decir, aquellos en donde se delinean intervenciones sociales del Estado y se fijan posturas estratégicas con relación a la problematización de determinadas cuestiones. La fuente sustancial la constituyen los documentos de trabajo de la Secretaría de Salud Pública, a través de los cuales se rastrean los principales debates del proceso de construcción del dispositivo de salud pública municipal. Se recurre, además, al relevamiento y análisis de documentación de las bases de datos del Municipio (ordenanzas, decretos, resoluciones), así como se incluye el estudio de datos secundarios cuantitativos -provenientes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el Instituto Provincial de Estadísticas y Censos, el Observatorio Social de la Municipalidad de Rosario y sitios web oficiales-, como indicadores socio-demográficos y series presupuestarias, para obtener distintos registros del problema. Por otra parte, para una primera exploración del terreno, se cuenta con una serie de informantes claves, entre los cuales se encuentran trabajadores de la Secretaría de Salud Pública y de la Secretaría de Promoción Social y docentes-investigadores del Núcleo de Estudios sobre Salud Pública y del Núcleo de Estudios sobre Asistencia Social de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario. Con el objeto de profundizar cómo son pensadas y operativizadas las prácticas concretas de intervención y qué características asumen, se realizan, asimismo, entrevistas abiertas a jefes/as de centro de salud, coordinadores/as distritales y coordinadores/as territoriales de las dos secretarías mencionadas, todos profesionales que ocupan cargos de gestión de diversa jerarquía, en tanto encargados de elaborar y llevar a cabo las múltiples estrategias de intervención social del Estado municipal.

Las decisiones sobre la elección y reunión del material se soportan en la estrategia metodológica de muestreo teórico que, a diferencia del muestreo estadístico, seleccionó según el nivel esperado de nuevas ideas para la teoría en desarrollo. Es decir, que se trata de una selección consciente de material adicional, de acuerdo con el potencial para el desarrollo de nuevas intelecciones o para el refinamiento y expansión de las ya adquiridas.

En líneas generales, la investigación se apoya en la propuesta de los *governmentality studies* acerca de una analítica de las prácticas de gobierno. Esta aproximación se basa en el proyecto genealógico foucaultiano entendido como historia del presente, es decir, que la historicidad de las prácticas sociales es aprehendida a través de una específica serie de implicancias ancladas en el presente: en nuestro caso, la toma de funciones asistenciales por la salud pública y, por ende, de su re-asistencialización.

La pretensión no ha sido “resolver” un problema sino sugerir una forma de abordarlo. En este caso, la apuesta es poner a prueba una grilla analítica que permita identificar la función asistencial de la salud pública, a partir de entender a la política social como enfoque, para así proponer una vía de entrada al análisis de las intervenciones sociales del Estado diferente a la mirada sectorial-institucional. A continuación, se expondrán las consecuencias teóricas de este enfoque para dar cuenta del instrumental analítico construido para abordar el objeto de estudio.

2.2. Estado, gobierno, política social y gobierno de la pobreza

Si hay un universal presente en la formación de Trabajo Social en Rosario, ese es el Estado. Se podría decir que (aún con matices) el estudio del Estado es hegemonizado por aquellas teorías que lo conciben como un conjunto relativamente unificado de instituciones a través del cual se ejerce la autoridad política dentro de un determinado territorio. Una derivación casi obvia es que el gobierno se refiere al gobierno del Estado y por ello la mirada debe dirigirse al funcionamiento de su maquinaria: cómo mejorar el gobierno; cómo aumentar y optimizar las capacidades estatales; cómo dotar de mayor eficiencia y calidad a la administración pública; etc.

Otra derivación del funcionamiento del Estado como universal es concebir a la política social en términos de sectores o áreas dentro del gran “aparato estatal”. Así, típicamente se han identificado - en nuestro continente al menos- tres grandes regiones de la política social: la política del trabajo, la política de educación y salud, y la política asistencial. En resumen: un fuerte énfasis institucional-normativo. Pero este tipo de esquemas genera cierta opacidad respecto de los “puentes” que se tejen entre unos y otros ámbitos, es decir, que restringir la mirada al plano estrictamente institucional-sectorial corre el riesgo de invisibilizar aquellos elementos que otorgan sentido al conjunto de las intervenciones sociales del Estado. Así puede observarse en *Nacimiento de la Biopolítica*.

¿Qué significa ahorrarse una teoría del Estado? [si] significa no empezar por analizar en sí mismas y por sí mismas la naturaleza, la estructura y las funciones del Estado, si ahorrarse una teoría del Estado quiere decir no tratar de deducir, a partir de lo que el Estado es como especie de universal político y por extensión sucesiva, lo que pudo ser el estatus de los locos, los enfermos, los niños, los delincuentes, etc., en una sociedad como la nuestra, entonces respondo: sí, desde luego, estoy muy decidido a ahorrarme esta forma de análisis. (Foucault, 2007:95)

Superado el *shock* inicial, el primer desafío que se enfrenta al encarar una investigación sobre política social desde el Trabajo Social es abandonar al Estado como universal o como fuente autónoma de poder. ¿Significa esto negar al Estado, desconsiderarlo, desjerarquizarlo, anularlo? No. Significa cambiar radicalmente el tipo de análisis, para observarlo como el producto de sucesivas y permanentes estatizaciones, como práctica. Foucault (2006) dirá:

no se puede hablar del Estado-cosa, como si fuera un ser que se desarrolla a partir de sí mismo y se impone a los individuos en virtud de una mecánica espontánea, casi automática. El Estado es una práctica. No puede dissociárselo del conjunto de las prácticas que hicieron en concreto que llegara a ser una manera de gobernar, una manera de hacer, una manera, también, de relacionarse con el gobierno. (324)

El Estado es una práctica, una manera de gobernar, y el gobierno es el conjunto de intervenciones, procedimientos, normas, análisis y reflexiones que tiene como blanco a determinados individuos y/o poblaciones, y como objetivo inducir, promover, favorecer, alentar, obstaculizar o impedir determinados tipos de prácticas.

Será también en *Nacimiento de la Biopolítica* donde Foucault (2007) proponga como plano de análisis la razón gubernamental o gubernamentalidad, que se concentra en los tipos de racionalidad activados en las tecnologías por cuyo intermedio se dirige la conducta de los hombres, a través de una administración estatal. Como grilla de análisis, como punto de vista, el nivel de la gubernamentalidad alude a las estrategias, tácticas y dispositivos utilizados por las autoridades estatales para actuar sobre una población.

El problema era cómo valerse de esas herramientas para dar cuenta de las modalidades de intervención del Estado en lo social y, más aún, de su lógica interna. Aquí la investigación se valió de los estudios de la gubernamentalidad o *governmentality studies* -mayormente ingleses, franceses y australianos, como los de Nikolas Rose, Peter Miller o Mitchell Dean-, con su propuesta de analítica de las prácticas de gobierno. ¿En qué consiste?

En el análisis de las condiciones específicas, bajo las cuales problemas particulares emergen, existen y cambian; en un estudio de los regímenes de prácticas o regímenes de gobierno. ¿A qué se

llama regímenes de prácticas? A prácticas rutinizadas y ritualizadas, más o menos organizadas, de pensar y practicar el cuidado, la administración, el castigo, la educación, etc. Entonces, una analítica de las prácticas de gobierno es un análisis material que sitúa a esos regímenes de prácticas en el centro de la atención y busca dilucidar su lógica, identificar su emergencia, examinar los orígenes de los elementos que lo constituyen y seguir los diversos procesos y relaciones a través de los cuales esos elementos se ensamblan en formas de organización y prácticas institucionales particulares.

Bien, pero ¿de qué modo se lleva adelante? Básicamente preguntando “cómo” -más que “por qué”- tal régimen de prácticas se ha desarrollado en una dirección y no en cualquier otra. Preguntarse por el “cómo” significa no buscar las intenciones ocultas o la esencia de un fenómeno, sino estudiar los mecanismos concretos por medio de los cuales el poder efectivamente se ejerce. Lo que se pretende es identificar y describir los efectos estratégicos, positivos, productivos, que ciertos mecanismos, aparentemente banales, tienen sobre determinadas personas o poblaciones. Asimismo, preguntarse por el “cómo” del gobierno implica atender tanto a las tecnologías de gobierno como a las racionalidades en que ellas se inscriben.

Por racionalidades políticas se entienden los discursos que expresan y justifican los esquemas ideales a través de los cuales se representa, analiza y rectifica la realidad, es decir, son esquemas de pensamiento, racionalidades prácticas, orientadas a resolver problemas concretos. Las tecnologías de gobierno son todos aquellos procedimientos y técnicas a través de las cuales se pretende conformar, guiar, instrumentalizar, y dirigir las acciones y pensamientos de las personas, para alcanzar determinados fines o efectos; son los “inocentes” mecanismos, ritualizados, naturalizados, a través de los cuales se efectiviza la práctica de gobierno. Las racionalidades políticas, esos esquemas de pensamiento que orientan la acción, suponen la construcción de conocimiento sobre determinados fenómenos sociales, transformándolos en problemas sociales existentes y calculables. Por eso decimos que en las tecnologías de gobierno interviene siempre un elemento de cálculo, de previsión, y se orientan a producir unos efectos determinados sobre la conducta de los otros, para configurar un campo de acción más o menos probable.

Resumiendo: mientras las “teorías del Estado” se concentran en las instituciones (su durabilidad, su estabilidad, su legitimidad) que homologan gobierno al gobierno del Estado, el enfoque de la gubernamentalidad se preocupa por el ejercicio real, material, del poder, codificado y expresado por racionalidades políticas y efectivizado por tecnologías de gobierno. En este contexto teórico, si gobernar es “estructurar un campo posible de acción de los otros” -como dice Foucault (2001:254)- el gobierno alude al conjunto de intervenciones, procedimientos, normas, análisis y reflexiones que tiene como blanco a determinados individuos y/o poblaciones y como objetivo inducir, promover, favorecer, alentar, obstaculizar o impedir determinados tipos de prácticas.

Por lo tanto, no se trata de anular la especificidad que reviste el gobierno del Estado, sino de desplazar la explicación de los problemas sociales en términos de ausencia, debilidad, incapacidad o disfuncionalidad estatal. No se trata de obviar o negar al Estado, sino de evitar pensarlo en términos normativos y sí como activo reproductor del orden social, lo que implica reconocer una función productiva, positiva y estratégica en las prácticas de gobierno.

A este primer desafío de poner en cuestión el “universal Estado” se sumó otro igualmente difícil: reconceptualizar la política social, en un esfuerzo por sostener la coherencia teórica. Si se pretende no esencializar al Estado, es preciso también abandonar el clásico abordaje institucional-sectorial de la política social. Entonces, se prueba una grilla analítica que comprende la política social como enfoque a partir del cual detectar un conjunto de funciones de las intervenciones sociales del Estado, entendiendo por función la prosecución de determinados objetivos estratégicos. La idea de función alude a los objetivos estratégicos de las prácticas de gobierno del Estado, porque se refiere a una función estratégica que denota la finalidad productiva de tales prácticas. Por lo tanto, conceptualizar la política social como enfoque permite dar cuenta de la lógica de intervención del Estado en lo social.

Se mencionó que los clásicos análisis de política social, en términos estrictamente institucional-normativos o sectoriales, obturan la mirada sobre aquellos elementos que otorgan sentido al conjunto de las intervenciones sociales del Estado. Es así como, si bien desde el punto de vista institucional-sectorial, la asistencia social ha tendido a percibirse como elemento residual o subsidiario al complejo de políticas sociales, desde la perspectiva propuesta aquí se puede identificar la función asistencial como aspecto transversal al conjunto de intervenciones sociales del Estado (es decir, que la función asistencial no es exclusiva de lo que típicamente se ha reconocido como política asistencial). ¿Qué se entiende por función asistencial? Intervenciones cuyo objetivo es actuar sobre aquellos individuos, grupos y/o poblaciones definidos como pobres -según una serie de atributos previamente definidos e identificados-, y cuyo núcleo básico se encuentra en la intersección entre incapacidad para trabajar e inserción o reconocimiento comunitario.

Hasta aquí, el artículo se ha ocupado del Estado, del gobierno y de la política social, ya que el meollo era problematizar el fenómeno de asistencialización de la salud pública, por lo que fue preciso hallar alguna mediación conceptual que permitiera rastrear la matriz o función asistencial del dispositivo sanitario. Y esa clave fue el gobierno de la pobreza.

Sí, como se viene subrayando, gobernar significa estructurar un campo posible de acción de los otros, y si la política social constituye un enfoque desde el cual observar las funciones estratégicas de las intervenciones sociales del Estado, pueden identificarse diversas modalidades de gobierno de la pobreza.

En líneas generales, el gobierno de la pobreza se refiere a la gestión diferencial respecto a determinadas poblaciones construidas e identificadas como pobres en base a una serie de atributos. La principal implicancia de esta perspectiva es concebir a la pobreza como producto de una problematización: la pobreza no es un objeto previamente existente, ni tampoco un objeto meramente artificial creado por el discurso, sino que conforma un “algo” que al tornarse pensable adquiere el estatus de problema y, por lo tanto, se inscribe en lo real. La pobreza no es un dato tangible o natural, ni un *a priori*, sino una construcción sociohistórica. Por lo tanto, el conjunto de modalidades de intervención del Estado sobre determinadas poblaciones es lo que constituye a la pobreza y a las personas pobres como objetos de pensamiento que, al mismo tiempo, se inscriben en lo real, por lo que se convierten en un objeto “administrable” o “gobernable”.

Todo lo anterior indica que el Estado actúa en la producción de la pobreza como problema social, en la delimitación de su propia responsabilidad, en la definición de las personas merecedoras de sus acciones y de las condiciones para dicho merecimiento: las intervenciones sociales del Estado son consustanciales a la definición del problema pobreza y a la determinación de los sujetos objeto de tales intervenciones.

La fortaleza heurística del gobierno de la pobreza es que ubica al Estado en su carácter de administrador de la pobreza, ya que ese conjunto específico de intervenciones sociales (la política social) contribuye a producirla y reproducirla, y su objetivo no es eliminarla, sino controlarla y organizar su gestión, esto es, gobernarla. Así, en una relación de mutua implicancia, las racionalidades que dan sentido a las prácticas de gobierno de la pobreza, constituyen a la pobreza y al sujeto pobre, mientras que las tecnologías de gobierno contribuyen a su producción y reproducción.

Todo lo anterior puede ser muy interesante, pero zambullirse en la analítica de las prácticas de gobierno, con las lentes del gobierno de la pobreza, para identificar la matriz asistencial de la salud pública implica, al menos, otros dos grandes desafíos.

2.3. Una historia del presente

Se señaló que el punto de partida fue una preocupación actual, contemporánea, acerca de la relación de dependencia entre beneficios asistenciales (es decir, no contributivos) y certificaciones médicas en términos de condicionalidades. Pero, desenredar esa madeja implica necesariamente una pregunta sobre el proceso de constitución del propio ovillo.

Así que esa primera inquietud reenvía a los orígenes de lo social-asistencial, en los albores de la conformación del Estado argentino, donde se encuentran los primeros indicios acerca de la tan íntima como tensa vinculación que existe hasta hoy entre salud pública y asistencia social. Encarar este

análisis histórico supone vencer la tentación de encontrar en lo anterior la prefiguración mecánica de lo posterior, o de hacer un mero recuento cronológico de los últimos doscientos años de la política social. Esta vez el auxilio provino no solo de la obra de Michel Foucault sino también de la de Robert Castel, para plantear el desafío de un ejercicio en términos de historia del presente, consistente en tomar como punto de partida un problema actual y rastrear sus condiciones de emergencia, con la intención de identificar tanto líneas de continuidad como puntos de ruptura en esa trayectoria. Una historia del presente selecciona prácticas y proposiciones particulares, y traza las condiciones de su existencia para mostrar cómo unos regímenes de gobierno se convirtieron en lo que hoy son y en ninguna otra cosa. Es en esa trayectoria donde se identifican continuidades y discontinuidades, se visualizan momentos críticos, quiebres y variaciones.

Este ejercicio de historia del presente muestra la persistencia, metamorfosis, reactualización y/o desaparición de una serie de elementos que constituyen aquello que se ha dado en llamar “asistencialización de la política social”, a la vez que describe cómo se han establecido múltiples articulaciones entre salud pública y asistencia social. Lo que se realizó fue reconstruir la trayectoria del dispositivo de salud pública y del dispositivo asistencial en Argentina.

Se entiende la política social como un enfoque a partir del cual es posible detectar un conjunto de funciones (objetivos estratégicos) de las intervenciones del Estado sobre lo social. En este ejercicio de historia del presente se logra identificar los cambios no solo en el plano institucional-sectorial sino, fundamentalmente, a nivel de la lógica de intervención estatal y las diversas modalidades de gobierno de la pobreza modeladas en el acoplamiento salud pública/asistencia social en cada momento histórico.

Pero, una vez que se da con el enfoque historiográfico adecuado a los lentes conceptuales, ¿cómo hacer tal reconstrucción?, ¿cómo mirar y rastrear *esa* historia? He aquí otro gran desafío: trabajar con documentos y discursos.

2.4. Los discursos como prácticas: lo que se dice y lo que se hace

Tanto el material documental como el de las entrevistas recibieron el mismo tratamiento: como discursos. No se trabajó en el plano de las representaciones o intenciones, sino en el nivel de lo manifiesto del lenguaje efectivo, de lo dicho a nivel de su existencia, partiendo del “discurso tal como es”.

Esto responde a que la investigación busca analizar la manera en que es racionalizado el ejercicio del poder (cómo se piensa, cómo se formula, sobre qué actúa) y, al mismo tiempo, cómo efectivamente se ejerce y se inscribe sobre lo real (qué prácticas genera, qué efectos produce); analizar las racionalidades y las tecnologías de gobierno, esto es, ciertas formas de pensar y ciertas maneras concretas de intervenir. Por ende, se analizan prácticas discursivas y no discursivas (o sea,

palabras y actos), se presta especial atención a que este análisis discursivo es histórico y se desarrolla fuera de toda interpretación: a las cosas dichas no se les pregunta lo que ocultan, sino de qué modo existen. En pocas palabras, no se identifican enunciados latentes u ocultos porque el análisis se dirige a lo manifiesto del lenguaje efectivo y, por tal motivo, el rastreo nada tiene que ver con lo “no dicho”, sino que interroga lo ya dicho al nivel de su existencia (Foucault, 1997).

Por eso el punto de partida es “el discurso tal como es” y la tarea no consiste en sacar a la luz aquello que estaría oculto sino en examinar, sin más, los mecanismos reales, concretos, observables, a través de los cuales se gobierna (se define un campo de acciones posibles y calculables y se modela el comportamiento) a determinadas personas o poblaciones. Se presta especial atención a aquellas formas evidentes y observables con que se gobierna la pobreza y, en este sentido, se insiste en que la apuesta no es “resolver un problema” sino poner a prueba una forma de abordarlo.

Se subraya que existe una implicancia del trabajo a nivel de prácticas discursivas y no discursivas: comprobar que los actos de nombramiento no son simples o inocentes matices semánticos, sino que el carácter performativo de los discursos, en tanto prácticas, muestra que los modos de nombrar encierran una específica manera de comprender las relaciones sociales. Se habla de performatividad, en el sentido de Judith Butler (2007), no como el acto mediante el cual un sujeto da vida a lo que nombra, sino como ese poder reiterativo del discurso para producir los fenómenos que regula e impone. Más llanamente: los discursos contribuyen a producir aquello que nombran, a tornarlo pensable, calculable, administrable, en fin, gobernable.

En la investigación se ligan todos estos participantes y se ponen a funcionar: el Estado, como práctica de gobierno; la política social, como enfoque para identificar las funciones estratégicas de las intervenciones del Estado; el gobierno de la pobreza, como grilla de análisis; y las hipótesis que sirven de orientación. Con esos ingredientes en una especie de “máquina del tiempo”, se realiza una búsqueda hacia el pasado, con las coordenadas que da la particular perspectiva historiográfica. Y, entonces, sí se puede encontrar rastros que hablen de cómo se ha constituido ese vínculo complejo y duradero entre salud pública y asistencia social.

3. Resultados

Ahora bien, ¿cuáles son los principales hallazgos o las claves explicativas a las que se arriba?

Esa analítica de las prácticas de gobierno, ese análisis material acerca de cómo efectivamente se han constituido los dispositivos de intervención social del Estado, cómo han sido pensados los sujetos objeto de dichas intervenciones, cómo se han construido los problemas hacia los cuales se dirigen, permite observar cómo el discurso médico higienista fue condición de posibilidad para la emergencia de la asistencia social estatal en este país.

Se confirman la primera hipótesis (que el discurso médico higienista fue condición de posibilidad para la emergencia del dispositivo asistencial), al constatar que en Argentina las primeras instituciones públicas estatales ensayadas como respuesta a la cuestión social, se constituyeron en el marco más amplio de la biopolítica y del “descubrimiento” de la población como objeto y sujeto de gobierno. La medicina higienista, estrategia biopolítica por excelencia, brindó la racionalidad sobre la cual se inscribieron las primeras modalidades de gobierno de la pobreza que coexistirían, en adelante, con otras acciones de corte caritativo o benéfico-filantrópico.

En un primer momento -durante la segunda mitad del siglo XIX-, el discurso médico higienista tematizó la pobreza en términos de enfermedad social y activó un arsenal de tecnologías para su tratamiento, desde grandes instituciones como el Fichero Central o la Asistencia Pública, hasta prácticas mucho más sutiles, como la inspección de domicilios, el otorgamiento de subsidios a cambio del estricto cumplimiento de las prescripciones o, lisa y llanamente, la certificación del “estado de necesidad” para la obtención de atención médica gratuita.

Este último elemento muestra una enorme persistencia en adelante. Aún años más tarde, cuando se configura en Argentina un régimen de bienestar, la ayuda social continúa dirigiéndose a la pobreza válida, y la medicina social cumple una función asistencial indiscutible. Al igual que el higienismo, la medicina social llevó la mirada hasta lo más íntimo de los hogares y entendió, también como aquél, que las visitadoras o asistentes sociales serían el principal auxiliar de los/as médicos/as para esa tarea. Con el objetivo de alcanzar la “curación social”, la medicina social debía abordar la miseria, las condiciones habitacionales, las pautas alimentarias, como factores indirectos de la enfermedad.

Más tarde, el sanitarismo, tributario del discurso desarrollista de la década del cincuenta, se inscribió sobre una racionalidad tecnocrática que incorporó nuevas tecnologías de intervención. No obstante, el componente de comprobación del mérito no hará más que refinarse, a partir del perfeccionamiento de los instrumentos de identificación y clasificación de la pobreza. Nuevamente, los/as mentores/as de la salud pública ofrecieron herramientas oportunas. La dupla descentralización ejecutiva/centralización normativa se acompañó de la “invención” de la comunidad como objeto de gobierno y el desarrollo comunitario se erigió en la modalidad privilegiada de la intervención social estatal.

Algunos elementos articuladores del discurso desarrollista son re-tematizados en lo sucesivo, a medida que la matriz neoliberal vaya consolidándose e inscriba la problematización de la pobreza en el sistema discursivo del desarrollo humano, que desplaza el desarrollo “a secas”. Uno de los hitos de ese desplazamiento lo constituyó la propia Conferencia de Alma Ata que, si bien enfatizó el estatuto de derecho que debía asignársele a la salud y estableció que su garantía debía ser responsabilidad del Estado, también sumó condimentos que marcaron el rumbo que asumirían, en

adelante, las estrategias de salud pública al hablar, por ejemplo, de cobertura “mínima”, servicios “básicos” y “responsabilización comunitaria”.

La grilla neoliberal marcó una inversión con respecto a los fundamentos del desarrollo comunitario de las décadas anteriores: mientras antes había que promover capacidades culturales y participativas que los pobres no tenían para sumarse al desarrollo, en el discurso del desarrollo humano esas capacidades se convirtieron en “la” solución para el “combate” a la pobreza. Para el neoliberalismo - como sabemos de sobra- la pobreza es un problema de capacidades y disposiciones de las personas, es un problema subjetivo, de falta de equipamientos mentales y sociales, para afrontar los propios riesgos, es un problema de cada cual.

Además, la estrategia de descentralización que había comenzado a operar hacia fines de los cincuenta tomó un vigor renovado a la luz de los postulados neoliberales y coadyuvó a modelar el dispositivo de focalización, así dio nuevos contenidos a la noción de comunidad al emplazarla en la idea de territorio. El dispositivo de focalización implica tres tipos de operaciones articuladas: operaciones de demarcación del universo potencialmente asistible; operaciones de “clasificación” del receptor a partir de la definición de atributos (negativos); y operaciones en virtud de las cuales se definen y dirigen “exigencias” al receptor. Hablar de la focalización como dispositivo y no apenas como instrumento técnico de concreción de la selectividad permite pensar la focalización como principio de tratamiento de la pobreza.

Todos estos elementos de ruptura y continuidad, que fueron reconociéndose gracias a la perspectiva teórica asumida, confirman la segunda hipótesis: desde el siglo XIX, salud pública y asistencia social establecieron un estrecho vínculo y generaron, en diferentes momentos históricos y según fueran las características de su articulación, diversas modalidades de gobierno de la pobreza.

Por último, durante la década del noventa hay un fuerte consenso en identificar un fenómeno de asistencialización de la política social como producto característico de la gubernamentalidad neoliberal. ¿Qué significa tal asistencialización? Que todo el sistema de política social se concentra en la función asistencial, o que se asimiló todo el complejo de políticas sociales a planes y programas de asistencia compensatoria a los/as identificados/as como pobres. El elemento que aporta la visión de esta investigación es que en el caso particular de la salud pública ocurre un proceso de re-asistencialización, es decir, que, si bien la lógica asistencial permea todas las intervenciones sociales del Estado, en la salud pública esto se sobreimprime al componente asistencial históricamente presente en su operatoria, tal como se detalla en los párrafos anteriores. Y he aquí la confirmación de la tercera hipótesis: la salud pública profundizó su función asistencial intrínseca.

Al analizar la Atención Primaria de la Salud en el Municipio de Rosario, puede verse que la APS es el punto neurálgico en el que confluyeron las apuestas descentralizadoras, territorializadoras y participativas, ya que identifica y delimita sectores poblacionales que requerían atención específica, en virtud de sus dificultades de acceso a los servicios públicos. Por ello, se establece que la APS grafica cómo la salud pública ha radicalizado su función asistencial y se ha constituido en una modalidad privilegiada de gobierno de la pobreza.

En primer lugar, la APS operó como vía principal de territorialización, a partir del emplazamiento de centros de salud en barrios periféricos, en los que paulatinamente se conformaron equipos multidisciplinarios. En algunos barrios, esos servicios son hasta hoy, si no la única referencia estatal, al menos la preponderante. Esto produjo una tendencia al tratamiento localizado de los problemas y una tendencia a la gestión territorial que reprogramó la estructura de las protecciones cercanas, es decir, revalorizó los soportes de proximidad y las capacidades comunitarias y barriales para la resolución de sus propios problemas (ya se mencionó cómo opera el dispositivo de focalización).

Paralelamente, la medicalización de la asistencia es promovida por las prácticas fundamentadas en las nociones de prevención, promoción e integralidad de la salud que, en Rosario, fueron retomadas tanto desde las formulaciones del movimiento de Salud Colectiva, como de los diagnósticos y propuestas de organismos internacionales como la OMS, la OPS o el PNUD, así dio lugar a una particular mixtura de fundamentos e intervenciones. Por citar un ejemplo: la noción de integralidad (presente en cuanto documento interno de la Secretaría de Salud Pública) es de una amplitud tal que habilita intervenciones en todos los niveles de la vida cotidiana de las personas, desde programas de alimentación y planificación familiar, hasta la sugerencia de normas de higiene y pautas de relación entre padres e hijos, mientras certifica discapacidades y la posibilidad de acceso a beneficios asistenciales. Bien podríamos preguntarnos qué significa la atención "integral": una concepción de la salud y de las personas que trasciende lo estrictamente biológico, o una licencia para la intervención ilimitada sobre la vida de las personas.

Otro indicador de que la salud pública se convierte en modalidad privilegiada de intervención del Estado en lo social es el propio esquema presupuestario y la constitución del Gasto Social Municipal (conformado por Salud Pública, Bienestar Social y Servicios Públicos) que osciló, en el decenio 2006-2016, alrededor del 65% del presupuesto total. Si vemos la clasificación por Jurisdicciones (sectores o dependencias), la Secretaría de Desarrollo Social se apropió, en media, del 9% de los recursos municipales en el período 2000-2017; mientras que la Secretaría de Salud Pública ha sido la de mayor participación, promediando el 30%. Es decir que la prioridad presupuestaria ha sido asignada a salud pública y sus recursos constituyen casi un 80% del Gasto Social. Por eso, si se considerara solo la clasificación por Jurisdicciones (por sectores o dependencias), podría afirmarse que la asistencia social ocupa un lugar residual. Sin embargo, si se consideran las Finalidades (es decir,

los objetivos), puede verse que el pilar del Gasto Social lo constituye la Salud Pública, con más del 30% del presupuesto municipal global.

Todo este ensamblaje de elementos, de racionalidades y tecnologías, que denota la profundización de la función asistencial en la salud pública, puede observarse gracias a la perspectiva teórica asumida, que también confirma que el discurso médico continúa modelando, en gran medida, tanto las categorías como las técnicas con las que el Estado busca dar respuesta al problema de la pobreza.

4. Conclusiones

Más allá de los resultados puntuales de la investigación, que ya han sido esbozados, se cerrará al hacer un breve punteo de los aportes, las fortalezas, las potencialidades, las visibilidades que habilita el uso de la “caja de herramientas” foucaultiana. En fin, ¿cuál es la riqueza de colocarse estas lentes?

Antes que nada, interpelar no solo lo obvio o evidente, sino la “potencia”. En este sentido, poner en tensión la salud pública municipal, que ha sido la principal bandera del Partido Socialista desde 1995, es un gran desafío². No se puede desconocer la decisión política de cualificar los servicios de salud en un contexto general de ajuste estructural y desguace de lo público. Mientras las “recetas” neoliberales literalmente destruían hospitales y centros de salud, en Rosario se apostó a multiplicar los efectores, proveerlos de insumos y conformar equipos profesionales. A la privatización y el vaciamiento, se opuso un modelo que se argumenta desde el derecho a la salud y la responsabilidad del Estado como garante de su provisión y acceso. Sin embargo, es precisamente allí donde se encuentra la potencia que exige someter a un profundo análisis crítico esas prácticas, antes que adoptar una postura conformista o una visión idealizada. La firme defensa del derecho a la salud pública debe estar muy atenta a no reproducir formas de supervisión higienista de los pobres.

En segundo lugar, hay que reconocer que son más las permanencias que los finales, que “los pobres no existen” y que el Estado no se retiró. Captar el funcionamiento de las tecnologías de gobierno que se constituyen en dispositivos de intervención a través de prácticas particulares que se ejercen en y sobre determinadas personas o poblaciones, da por tierra con la idea de que el Estado se retiró e invita a pensar que, en cambio, mutó sus modalidades de intervención y que todas ellas se inscriben en esquemas de pensamiento que tienen consecuencias materiales, concretas y efectivas.

A lo largo de la historia, las diversas modalidades de intervención sobre la pobreza han identificado una serie de atributos negativos de los pobres para actuar luego sobre cada uno de ellos: invalidez, vejez, desnutrición, analfabetismo, etc. A pesar de que ni la pobreza ha sido siempre problematizada

² Este desafío se enraíza en la experiencia profesional como trabajadora social de la autora en un centro de salud.

en los mismos términos, ni las modalidades de actuación sobre ella se mantuvieron inmutables, los sujetos objeto de las intervenciones sí fueron y continúan siendo concebidos como pobres vergonzantes cuya situación de pobreza es atribuible a causas personales.

Más allá de los matices, continúa una pobreza válida y sigue exigiéndose su certificación; siguen construyéndose e identificándose atributos negativos para diferenciar entre pobres y no-pobres; siguen operando lógicas meritocráticas que, a su vez, distinguen “malos pobres” de “buenos pobres”; sigue responsabilizándose a esos “individuos por defecto” -diría Castel (2010)- por su situación; sigue pidiéndose “algo” a cambio de una prestación. En definitiva, siguen configurándose estatutos diferenciales de sujetos.

Por último, insistir en que esta idea de “no resolver un problema sino ensayar formas de abordarlo” puede parecer vacua, sin embargo, es un claro legado foucaultiano: hacerse otras preguntas, cambiar los modos de interrogación, poner en tela de juicio las aparentes certezas y disponerse a inventar otros modos de respuesta, otras explicaciones.

En lo que compete, al menos, a docentes e investigadores/as, intentar desembarazarse de los cánones de “la” producción de conocimiento científico y sus constricciones y más bien tratar de producir conocimiento serio y socialmente útil. No atarse a las pretensiones definicionales y preciosistas, y más bien probar el uso crítico de los conceptos, que a fin de cuentas son herramientas que necesitan ser puestas a funcionar.

Y no ser indemnes frente a proposiciones como “los que menos tienen”, “los sectores más desfavorecidos” y frases por el estilo, al menos, sospechar: ¿qué tienen menos los que menos tienen? o ¿cuál es el hambre “más” urgente? Tener presente que esas aparentes nimiedades no son inocentes deslices semánticos, sino deliberados modos de pensar y comprender las relaciones sociales, que reportan consecuencias materiales y políticas bien concretas.

Referencias

- Butler, J. (2007). *El género en disputa: feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Campana, M. (2012). *Medicalizar la asistencia. Asistencializar la salud*. Rosario, Argentina: Prohistoria.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid, España: La Piqueta.
- Foucault, M. (1997). *La arqueología del saber*. Madrid: Siglo XXI.

Foucault, M. (2001). El sujeto y el poder. En H. Dreyfus y P. Rabinow (eds.). *Michel Foucault, más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (241-259). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.

Foucault, M. (2006). *Seguridad, Territorio, Población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.