



A POLÍTICA DE SAÚDE ARGENTINA: UM APORTE HISTÓRICO PARA SUA CARACTERIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

Nala Ayalen Sanchez Caravaca¹

Resumo

O seguinte trabalho busca apresentar e caracterizar a política de saúde da República Argentina a partir do processo histórico de configuração da mesma. Para isto se pretende expor uma definição de Política Social e um recorte temporal: Desde a reforma do Estado e o inevitável processo de transformação da política social de saúde caracterizada por iniciativas focalizadas e seletivas. É objetivo primordial o de oferecer um marco, um contexto geral que facilite a posterior problematização das estratégias de intervenção dos/as Assistentes Sociais inseridos na área.

Palavras-Chave: Política Social – Saúde – Sistema público de Saúde Argentino.

1 INTRODUÇÃO

Para falar da política de saúde, é preciso colocar como ponto de partida, dois conceitos: do que falamos quando falamos de Política Social (entendendo a política de saúde como parte desta), em que momento histórico e em que configuração societária e conjuntural esta política se enquadra. Acontece que o terreno onde se prefiguram estas políticas não é inocente e aleatório. Trata-se do terreno da predominância das premissas de imortalidade do capitalismo e do mercado como organizadores da sociedade. Ideias que atravessam a quase totalidade de atores sociais.

É sempre pertinente então pensar como isso repercute no agir cotidiano na nossa condição de profissionais. E longe de entender que a Política Social seja o único campo possível de atuação profissional, é de grande importância fazer a análise do que entendemos por ela e, a partir daí, de até onde ela é capaz de garantir algum tipo de mudança e transformação social.

Mas antes disso, para poder interpretar o hoje, a manifestação contemporânea de alguma coisa, precisa-se entender em primeira instância o caminho percorrido por “a coisa”, as maneiras em que foi definida anteriormente. Desta forma, partimos aqui da necessidade de entender que só a compreensão do processo histórico que dá lugar a política de saúde e ao serviço social como profissão pode nos fornecer o alicerce necessário para pensar como esta se configura na atualidade. É por isto que, antes de começar a desenvolver o hoje vamos pensar o ontem. Se buscará neste trabalho, estabelecer uma trilha, e no caminho através dela dar conta das diferentes formas em que foi entendida tanto a saúde como conceito, quanto o modelo de intervenção estatal que daria conta de atender essa forma de definir a saúde.

Finalmente, chegaremos à forma em que esse processo histórico marcou as bases para a definição suprema do que deve entender-se como saúde na República Argentina, aquela que será a máxima a seguir na organização do sistema de saúde argentino: se descreverá e analisará a definição de saúde expressada na Constituição Argentina.

¹ nalaayalen@gmail.com - Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).



2 A POLÍTICA DE SAÚDE NA ARGENTINA.

2.1 Se hace camino al andar

Nas nossas geografias se apresenta como uma problemática pública, ou seja, como responsabilidade do Estado já nos primórdios dos Estados – Nação. O século XIX nos encontra como países sendo inseridos ao capital internacional de forma subsidiária aos países centrais. Nossas economias encontravam a sua fonte de lucro na agroexportação e a medicina se colocava como uma disciplina auxiliar do processo de inserção no capitalismo mundial (TORRADO, 2007; MENDES, 1995; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008.). Neste contexto, a necessidade de uma atenção pública da saúde passava por manter controladas as possíveis epidemias, organizar a vida nos centros urbanos e cidades portuárias onde o atracar dos barcos representava a possibilidade da chegada de doenças.

As primeiras intervenções do Estado em matéria de saúde se apresentaram com características militares: campanhas de vacinação compulsória, isolamento forçado diante qualquer possibilidade de contágio e internação de doentes graves e “loucos” em hospícios, e claro, a regulação e registro de profissionais da medicina. Qualquer atenção médica que fugisse destas ações direcionadas era restrita às elites dos centros urbanos.

As instituições encarregadas do atendimento da saúde das classes subalternas dependiam de diversos atores. Estes eram: as sociedades de Beneficência, os filantropos, alguns mutualismos (os próprios usuários pagando pelos serviços num esquema solidário) que surgiriam já para finais do século e o próprio Estado (com as atividades restritas às que foram colocadas) cuja estruturação se apresentava de maneira desorganizada, como um aglomerado heterogêneo de instituições sem vínculo entre elas (BELMARTINO, 2007; MENDES, 1995; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Neste contexto, a saúde era entendida simplesmente como a ausência de doença, e a palavra de autoridade sobre a matéria radicava exclusivamente no médico. A igualdade no acesso aos serviços de saúde não era uma característica deste modelo, onde, se bem se manifestava a necessidade de fornecer atenção à população indigente, esta atenção era bem diferenciada. Esta forma de organização será a predominante em nossa região até o final da primeira década do século XX quando o embrião da grande crise de 1929 fará crescer a demanda por ampliação dos serviços públicos de atenção.

Ese heterogêneo conjunto de agentes con intereses en los servicios de atención médica comienza a manifestar síntomas de malestar referidos al desempeño de sus organizaciones a partir de los años veinte. La percepción de una situación de Crisis se generalizará en los años treinta. El debate gira en torno de algunas cuestiones de reconocimiento generalizado. El incremento de la demanda de atención, tanto en los servicios públicos como en la atención provista por mutualidades es una de ellas; también se señala con preocupación un incremento de los costos de atención médica generado en rubros específicos: medicamentos, análisis de laboratorio, radiología y fisioterapia (BELMARTINO, 2007, p.391).

Com a crise declarada e o modelo agroexportador perdendo sua imponência como fonte de ingressos (tanto para a economia dos países, quanto para os trabalhadores que dele dependiam), a década de 1930 marca o começo de uma nova organização produtiva. Começa um processo de industrialização com a consequente mudança na configuração da população e com ela a colocação de uma série de reivindicações por ampliação da assistência estatal, e novamente, a saúde não fica fora deste processo. A necessidade da saúde da classe operária/obreira, em amadurecimento e organização, se coloca na agenda pública a força de pressão popular dando lugar a uma forte reestruturação da atenção pública da saúde no período compreendido entre 1930 e 1970.

O primeiro período peronista (1946) materializa em lei as disputas e lutas levantadas por representantes socialistas na câmara desde começos do século XX. O processo que teria começado em 1943 com um golpe militar argumenta ter a capacidade de retomar o



caminho do crescimento econômico e a integração social (BELMARTINO, 2007). Em matéria de saúde, se criam novas agências estatais cujo objetivo era dar conta das questões vinculadas à saúde, doença e atendimento. Uma série de políticas de saúde e instituições foram criadas neste período, reformulando o papel do Estado no que concerne à atenção em saúde. Estas foram: a Secretaria de Saúde Pública (com hierarquia ministerial); ampliação significativa do orçamento para a área da saúde, com a consequente expansão do sistema público; e o desenho de políticas de saúde com uma forte orientação distributiva.

Neste período, surge como figura referente dos sanitaristas Ramón Carrillo (então encarregado do curso de saúde), o qual elaborou um sistema de serviços públicos de atenção médica que visava a resolver as problemáticas de saúde do total da população do país. A ideia de Carrillo residia em que o Sistema de Serviços de Atenção Médica (SSAM) devia ter para si o monopólio de duas grandes áreas, uma destinada à prevenção e promoção da saúde, ou seja, as ações sobre o meio, e outra orientada à atenção dos indivíduos (BELMARTINO, 2007).

El plan de Carrillo consistía en poner en marcha instituciones de seguridad social con capacidad de reunir las contribuciones obligatorias de empresarios y trabajadores y convertirlas en la herramienta financiera adecuada para garantizar los principios que debían constituir los fundamentos del sistema (...) *universalidad* –un sistema único y una única modalidad de atención para la totalidad de los habitantes–; *integralidad* –una red de servicios de diferentes niveles de complejidad en condiciones de proporcionar todo tipo de atención (...); *gratuidad* –el acceso a la atención no debía estar limitado por pagos que supusieran alguna restricción para el usuario–; *oportunidad* –la atención sería brindada en el momento en que se manifestara su necesidad, primera condición del último principio ordenador del sistema–; *eficacia* –entendida como la capacidad de resolver los problemas a su cargo dentro de los parámetros del conocimiento médico disponible– (BELMARTINO, 2007, p.394).

Segundo a autora, este plano se viu obstaculizado pelas próprias formas de construção política do Peronismo. Ao mesmo tempo em que se criaria por lei o Fundo Nacional de Saúde Pública, Lei n. 13.012/1947, a criação da Fundação Eva Perón colocava um claro limite à possibilidade da política de saúde ser única, pois tomava a seu cargo a criação de hospitais de forma paralela e independente ao ministério. Na mesma lógica, os sindicatos mais fortalecidos criariam uma rede de serviços de saúde para os trabalhadores do sindicato (ferroviário e frigorífico em primeiro lugar) dando surgimento as primeiras obras sociais e começando um longo caminho de fragmentação dos serviços de atenção médica.

Com a queda do Peronismo em 1955, se criam e fortalecem duas instituições: a Confederação Médica e a Central Geral de Trabalhadores (CGT), disputando pelas próximas duas décadas a centralização e organização dos serviços de saúde. A lógica privativa, versus o controle obrero/operário dos serviços. Soma-se a isto, a dificuldade do Estado para mediar e estabelecer as regras do jogo, culminando o processo com a intervenção da Secretaria de Saúde Pública com objetivo de regular a oferta e a demanda no SSAM. Com forte resistência da CGT enquanto foi possível, o processo de disputa se vê obstaculizada pelo terrorismo de Estado: o processo de reorganização nacional, nome autodenominado pela ditadura militar de 1976.

A partir do golpe, a perseguição e desaparecimento forçada de militantes, a tortura e o terror como forma de governo sentaram as bases da abertura econômica e o esvaziamento dos órgãos do Estado. Um longo recorrido começou, e sem ser interrompido pela abertura democrática, achou no pacto neoliberal a mais profunda reforma do estado, e com ela um forte aprofundamento do retrocesso em termos de direitos conquistados, com sua expressão mais clara na reforma constitucional (1994), que passa a definir a saúde de uma maneira radicalmente diferente. Disto falaremos na continuação.



2.2 Alguns conceitos necessários

Entende-se a partir daqui a necessidade de pensar alguns conceitos. A importância de começar definindo Política Social radica no fato de que é nela onde se materializam os direitos formais do Estado Moderno Capitalista. É nela onde confluem as lutas por aquilo que faz a manutenção e reprodução da classe trabalhadora.

Nesta linha, opta-se aqui pela definição de Política Social apresentada por Claudia Danani, que localizando-a como parte das Intervenções Sociais do Estado (junto com a política econômica) a entende como “Aquellas específicas intervenciones del Estado que producen y modelan directamente las condiciones de vida y reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales (...) que operan en la distribución secundaria del ingreso” (DANANI, 1996, p.11). Assim, a autora afirma que não é questão menor o fato de que a distribuição secundária de renda tenha como característica fundamental que só exista diante da mediação estatal, que definir a Política Social nos coloca “frente a un momento inmediatamente político del proceso de distribución (y por tanto de acumulación)” (DANANI, 2009, p.32).

Fala-se de uma intervenção especificamente estatal, mas de que Estado falamos?

Adota-se aqui, a definição apresentada por Engels em “Estado, Família e Propriedade Privada”, e retomada por Lenin em “O Estado e a Revolução” como:

es la confesión de que esta sociedad se ha enredado con sigio misma en una contradicción insoluble, se ha dividido en antagonismos irreconciliables, que ella es impotente para conjurar. Y para que estos antagonismos, estas clases con intereses económicos en pugna, no se devoren a sí mismas y no devoren a la sociedad en una lucha estéril, para eso hízose necesario un Poder situado, aparentemente, por encima de la sociedad y llamado a amortiguar el conflicto, a mantenerlo dentro de los límites del 'orden'. Y este Poder, que brota de la sociedad, pero que se coloca por encima de ella y que se divorcia cada vez más de ella, es el Estado (LENIN, 1918, p.12).

Desde a perspectiva da autora já mencionada, cada Política Social traz consigo uma definição de trabalho, de necessidade e de relação entre o público e o privado (DANANI, 1996) no sentido de que a distribuição secundária da renda operará para garantir aquelas necessidades que, reconhecidas pela sociedade, não são contempladas e não estão associadas, nas palavras de Topalov (1979) ao salário. O que, o quanto e o como das políticas sociais, será resultado do que se defina como necessidade, da separação entre as que devem ser contempladas no salário e das que, sendo elementares, mas sem ser supridas pelo mercado, serão garantidas pelo Estado.

La urbanización capitalista es una forma de socialización de las fuerzas productivas; crea las condiciones generales, socializadas, de la reproducción ampliada del capital. Esas condiciones generales conciernen por una parte a la producción y circulación del valor, y, por otra, a la reproducción de lo que crea el valor: la fuerza de trabajo. (...) Para la ideología dominante, los equipamientos de consumo y las rentas de transferencia no plantean mayores, problemas. (TOPALOV, 1979, p.22-23).

Então, a definição de quê e como será a política pública, deve pensar-se no marco de uma relação entre sujeitos, referindo-se a um processo amplo e em movimento que dá conta das relações tensas e conflituosas entre sujeitos e dos interesses contraditórios que os move. Tal processo, Pastorini (2000) sintetiza na fórmula demanda - luta - negociação – concessão. Partindo das necessidades do sujeito: “parte de las cuales se transformarán en demandas que serán reivindicadas frente a los organismos e instancias competentes



valiéndose de las movilizaciones y presiones de los sectores interesados, construyendo de esa forma, verdaderas luchas de clase” (PASTORINI, 2000, p.228).

Assim, pensando no Estado como o resultante de relações sociais capitalistas, nos direitos como a materialização da igualdade formal do Estado moderno e a Política Social como aquela ferramenta que vêm para manter viva a classe trabalhadora, é preciso reconhecer aquelas necessidades que não são contempladas como parte do salário (e, portanto, como expressão do tempo socialmente necessário para a reprodução dos trabalhadores e das trabalhadoras). As estratégias de intervenção elaboradas nesta área requerem a reflexão constante acerca dos limites e possibilidades que representam cada luta que levamos adiante.

Retomando, falar que a Política Social é uma intervenção especificamente estatal nos força a pensar de que momento histórico está se falando e de que lugar no mundo, pois claro está que se partimos do entendimento de que a distribuição do capital não se caracteriza por ser equitativa e igual no sistema capitalista, tampouco podem sê-lo os processos que se desenvolvem no mundo capitalista, a maneira em que esse capital é apropriado e a acumulação nos processos de concentração e centralização do capital (MARX, 2004). Nestes movimentos em que se monopolizam os meios de produção e se modifica a distribuição dos capitais, cada país é o reflexo do lugar que ocupa Na divisão internacional do trabalho, e o espelho onde se reflete este processo é a Política Social. Assim, nas nossas geografias, longe de poder ver naquele espelho as manifestações dos detentores dos capitais, nos resulta no movimento de adaptação dos sujeitos às necessidades do capital central. Ou, como Ruy Mauro Marini nos advertia em 1973:

a participação da América Latina no mercado mundial contribuirá para que o eixo da acumulação na economia industrial se desloque da produção de mais-valia absoluta para a de mais-valia relativa, ou seja, que a acumulação passe a depender mais do aumento da capacidade produtiva do trabalho do que simplesmente da exploração do trabalhador. No entanto, o desenvolvimento da produção latino-americana, que permite à região coadjuvar com essa mudança qualitativa nos países centrais, dar-se-á fundamentalmente com uma maior exploração do trabalhador. É esse caráter contraditório da dependência latino-americana (MARINI 2005, p.144).

Se nada podemos decidir sobre o que se produz, menos ainda teremos domínio absoluto sobre como viverá a força de trabalho, a qual não podemos esquecer, se encontra em homens e mulheres de carne e osso². Voltamos então ao raciocínio anterior: o que não estiver contemplado no salário será obtido por meio de intervenções do Estado determinadas na configuração da Política Social. E esta se desenhará de uma maneira específica em cada momento histórico. Resta só dizer de que momento falamos para continuar com nossa linha de pensamento. Pois bem, falamos da forma que adquiriu a Política Social na reforma do Estado a partir de 1970 com sua consolidação na década de 1990 na América Latina, e mais especificamente, das características que prefiguram a atualidade, a expressão contemporânea do processo de reforma do Estado.

Mas para chegar até essas expressões, antes de mais nada, é preciso lembrar como se chegou à configuração da Política Social do novo século.

Em 1970, a grande crise lembrada na sua aparência como “A Crise do Petróleo” viria a modificar estruturalmente as noções de intervenção estatal. Caracterizada como uma crise financeira e do comércio internacional, esta apresentava características irreconciliáveis com o até então reivindicado *Welfare State* e as políticas econômicas de corte Keynesiano. Num

² No Livro I do Capital, ao se referir ao processo de “compra e venda de força de trabalho”, Marx explicita: “Por força de trabalho ou capacidade de trabalho entendemos o complexo [*Inbegriff*] das capacidades físicas e mentais que existem na corporeidade [*Leiblichkeit*], na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento sempre que produz valores de uso de qualquer tipo” (MARX, 2013, p.242).



contexto caracterizado pelo crescimento desmesurado da inflação e o baixo crescimento econômico, a manutenção do pleno emprego e da garantia de uma renda mínima bancada pelas arcas do Estado que mobilizasse a economia, em um claro momento de estancamento econômico, somado ao aumento da dívida externa, não eram já uma possibilidade.

Ainda mais, àquelas que viriam a ser possibilidades para sair desse poço inflacionário de decrescimento econômico não seria equivalente para as economias centrais e para as dependentes. Enquanto o empréstimo a taxas mínimas (que seriam renegociadas posteriormente com a cumplicidade dos governos ditatoriais na América Latina) era a saída mais conveniente para os países centrais, o aumento da dívida externa era a possibilidade única de sair (ou entrar mais, coisa que viríamos a saber depois) do estancamento. Em palavras de Marini: “A consequência da dependência não pode ser, portanto, nada mais do que a maior dependência, e sua superação supõe necessariamente a supressão das relações de produção nela envolvidas” (MARINI, 2005, p.141).

O resultado foi evidente: o Estado devia reestruturar-se. Todos os Estados? Não, só os que dependiam de outros para solidificar suas economias. Aqueles que endividados até o afogamento, deveriam entregar todos os direitos conquistados até então em troca de mais dinheiro emprestado. A grande armadilha teve nome e sobrenome: Consenso de Washington. Nele seriam especificadas uma por uma as medidas elaboradas por entidades internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) para sair desse difícil momento para o capital internacional.

A finalidade, parafraseando a Mota (1995 p. 65), era a recomposição do processo global de acumulação, implicando necessariamente *uma reordenação geoeconômica das fases do ciclo global*. O que significa isso para nós?: Ajuste.

Uma nova denominação das funções do Estado (nova no sentido antes mencionado como distinta e não como novidade) e com ela de necessidade e de pobreza. O reforço da meritocracia em substituição do direito adquirido e da pobreza associada unicamente à exclusão, àqueles que ficaram por fora do mercado e que simplesmente não podem se deixar morrer (não de maneira evidente) restando para estes o limite mais extremo da subsistência expressada em políticas de corte corretivo, extremadamente focalizadas e particularizadas. O sujeito é mais do que nunca responsável de si, o “fracasso” do Estado de Bem-Estar nos deixou claro que de nada serve o que não se conquista com suor, suor de trabalho mal pago, suor de fome e de “dignidade de quem trabalha”. Pois bem, esse Estado tem que sair do cenário, abrindo passo a uma fórmula imbatível: assistência para quem merece, trabalho para quem pode, esquecimento para quem sobra. É esta fórmula que, matizada por governos populistas, tem nos acompanhado até os dias atuais³.

Neste nefasto contexto se define com a reforma constitucional de 1994, o sujeito de direitos de uma maneira explicitamente liberal⁴ e a saúde, como expressão deste movimento, se atrela a categoria de trabalhador formal.

2.3 O Sistema Público de Saúde Argentino

O sistema de saúde argentino se encontra conformado por três sub-setores: o sub-setor público, o sub-setor privado e as Obras Sociais (vinculadas ao sistema previdenciário). A forma em que estes três subsetores se organizam são definidas pelo Ministerio da Saúde

³ Se bem não corresponde com o intuito deste trabalho deixar a ideia implícita de que as políticas e os linhamentos políticos da década de 1990, no auge da reforma do Estado, são as mesmas, sem nenhum tipo de diferenciação com as implementadas pelos governos populistas após 2001 nos dois países, cabe ressaltar que se parte aqui de que características como a focalização e fragmentação da assistência nas suas diferentes áreas, se mantém até os dias de hoje.

⁴ No Artigo 42 da Constituição Nacional, se refere aos cidadão baixo o termo “Os consumidores” (ARGENTINA, 1994) Delimitando com este o leque de atribuições que ficarão sub responsabilidade estatal.



da Nação. O mesmo é encarregado de interpretar o estipulado na carta magna. A constituição Nacional estabelece os princípios e diretrizes para interpretar a abrangência das responsabilidades do Estado na área da saúde (como em todas as áreas de direitos). Dessa maneira são elaboradas leis, programas e projetos que são enviados às províncias. Cada província tem autonomia ministerial para aceitar ou recusar programas e projetos, bem como as contrapartidas orçamentárias para os mesmos.

Na República Argentina, o direito à saúde se encontra expresso como tal em dois artigos da Constituição Nacional (reforma de 1994): no seu apartado denominado “Novos direitos e garantias”, se incluem os artigos 41º. no qual se estabelece o direito ao ambiente saudável e 42º. no qual se garante “Na relação de consumo” a proteção da saúde. Por outra parte, se estabelece no artigo 75, inciso 22 que os tratados e acordos internacionais têm hierarquia constitucional e, portanto, são superiores às leis. Este último abre as portas à criação de leis base de políticas específicas da atenção da saúde, expandindo amplamente as responsabilidades do Estado nesta área. O fato de a saúde ser definida como direito universal, tanto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, quanto na Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem (só para nomear duas) assenta as bases da elaboração de políticas públicas que deem conta da atenção da saúde como, valha a redundância, um direito universal.

De claro corte conservador e reflexo do seu contexto social e histórico, onde se conjugavam a abertura democrática e a consolidação⁵ do neoliberalismo como modelo político e econômico, contexto que explica a perda do caráter de cidadão e sujeito de direitos, para estar contemplado na Carta Constitucional como um consumidor, um usuário com o qual o Estado reduz sua responsabilidade à garantia dessa condição, explicitando inclusive seu papel de garantidor da educação para o consumo e da livre competência. Neste sentido, retomando Laura Tavares Soares, o ajuste neoliberal

(...) implica que: os direitos sociais perdem identidade e a concepção de cidadania se restringe; aprofunda-se a separação público-privado e a reprodução é inteiramente devolvida para este último âmbito; a legislação trabalhista evoluiu para uma maior mercantilização (e, portanto, desproteção) da força de trabalho; a legitimação (do Estado) se reduz à ampliação do assistencialismo. A expressão institucional desse modelo – e do caráter das relações sociais – é também um novo estado, um cenário diferente que expressa – ao mesmo tempo que define – novas condições de luta social (SOARES, 2000, p.15).

Adrian Valencia (2003), numa exaustiva análise sobre a reestruturação do mundo do trabalho, coloca a importância do papel dos Estados neoliberais na configuração de uma “codificação institucional”, entenda-se um conjunto de leis, de normas, de estatutos e regulamentos visados a romper qualquer tipo de trava para o aumento da produtividade, o que explicita a necessidade para este processo do retrocesso nas conquistas de direito históricas dos trabalhadores. Pois bem, a saúde, faz parte destas conquistas, entendida a Política Social em si como um âmbito de disputas, um lugar de tensão entre a conquista e a negociação entre o Estado (representante do interesse burguês) e a classe trabalhadora. É nesta lógica que se vislumbra a possibilidade de luta pela ampliação desse direito no artigo 75, o qual serve de base para as leis que regulamentam o acesso ao direito à saúde ao longo do território nacional.

É, desta maneira, fruto do corte abrupto e da desestruturação de avanços pelas ditaduras militares, além de reestruturações solidificadas nos governos neoliberais, que a

⁵ O “Proceso de Reorganizació Nacional”, nome dado pelo terrorismo de Estado na Argentina entre os anos 1976 e 1983, teve entre seus mais terríveis objetivos, o da mudança do modelo econômico, político e social, instaurando as bases do modelo neoliberal como novo organizador societário. Este processo se afiança com os governos democráticos de Ricardo Alfonsín (1983 – 1989) e Carlos Menem (1989 – 1999).



política de saúde se define fortemente vinculada ao emprego formal, sendo o sistema de obras sociais o que oferece maior segurança na atenção de qualidade em saúde para a classe trabalhadora, restando o sistema privado para quem pode pagá-lo e o sistema público para aqueles que ficaram fora do mercado (seja por condição de desemprego, seja por condição de precarização laboral). Neste sentido, Sposatti (2011) fazendo referência à maneira em que surge e se constitui a Política Social na América Latina, afirma:

Somente no Uruguai e na Argentina, e na fase anterior às ditaduras, é que cresceu o alcance do sistema de proteção, uma vez que essas sociedades se aproximaram do pleno emprego. Todavia, sua regulação social foi baseada na condição do trabalho formal e não na cidadania. Portanto, sob o predomínio da regulação social do trabalho, que tem por centralidade a reposição da capacidade de consumo do trabalhador no mercado através de benefícios, a ênfase é a monetarização da Política Social mantendo, ao mesmo tempo, o poder de consumo do trabalhador e o fluxo da economia. (SPOSATTI, 2011, p.106).

Oferecendo às/aos cidadãos um frágil reconhecimento da saúde como direito, sustentado mais nas características políticas⁶ da sua população do que na firmeza de uma lei possível de ser revogada, estabelecem-se as regras do jogo pela luta de ampliação e reconhecimento do direito à saúde.

3 CONCLUSÃO

Reflexo do embate neoliberal, a política de Saúde Argentina representa em cada uma de suas expressões, a reforma do estado e o lugar outorgado ao cidadão. Mero consumidor tem duas opções: inserir-se no mercado e torcer por encontrar a formalidade que lhe garanta um seguro de saúde ou uma obra social, ou enfrentar longas filas por uma ficha para um futuro atendimento.

Mas há possibilidade de pensar a Política Social, a sua configuração de uma maneira diferente, como possível caminho na construção da emancipação humana? Num sistema que se funda na contradição capital-trabalho, a resposta não pode ser, no mínimo, uma contradição. A Política Social como fim, não poderia nunca ser o caminho para a liberdade real, a emancipação dos sujeitos. Ela expressa a maior perversidade do sistema capitalista: O fetiche da mercadoria não só força a venda da força de trabalho como se fosse algo alheio aos homens, como também diminui seu valor ao dissociar o homem da sua força. Ela vem a resolver tudo aquilo que tem ficado por fora do salário, mas que é necessário para manter com vida os trabalhadores e as trabalhadoras (empregados ou não). Homens e mulheres que são, por outra parte (uma parte essencial na nossa análise) o sujeito revolucionário. A manutenção da sua vida, a luta por direitos elementares pode sim, conter o germen revolucionário.

Diante tamanha meta, vê-se na disputa cotidiana pela ampliação de direitos uma das tantas estratégias possíveis para atingir o objetivo da emancipação humana. Neste cenário, a política de saúde é mais uma peça e uma peça mais.

REFERÊNCIAS

ARGENTINA, Constitución (1994). Constitución Argentina. Promulgada em 22 de Agosto de 1994. Disponível em: http://www.senado.gov.ar/bundles/senadoparlamentario/pdf/institucional/constitucion_nacional_argentina.pdf. Acessado em: 15 de maio de 2015.

⁶ Por motivos de recorte e espaço, não aqui o lugar onde serão apresentadas as características da população argentina, no que faz a sua organização política e cidadã. Contudo, em caso de interesse sobre a temática, ver Isuar, Ernesto A. *Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina*. Villareal, J. *Los hilos sociales del poder* e Svampa, Maristela: *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*.



- BELMARTINO, S. Los servicios de atención médica. Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad. En: TORRADO, S. (org). Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Edhasa. Buenos Aires. 2007. P. 385 – 412.
- DANANI, C. Algunas precisiones sobre la Política Social como campo de estudio y la noción de población-objeto. En: HINTZE, S. (coord). Políticas sociales: contribución al debate teórico-metodológico. CEA/UBA. Buenos Aires, 1996.
- . La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización. Em: Gestión de la política social. Conceptos y herramientas, organizado por Magdalena Chiaray Mercedes Di Virgilio, Buenos Aires, Prometeo – UNGS, 2009
- LENIN, V. I. El Estado y la Revolución. La doctrina marxista y las tareas del proletariado en la revolución. Imprenta Universitaria UBV, Caracas, Venezuela, 2006.
- MARINI, R. M. Dialética da dependência. In: SADER, Emir (Org.). Dialética da dependência: uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini. Petrópolis: Vozes; Buenos Aires: CLACSO. 2000. p. 105-165.
- MARX, K. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MOTA, A. E.. Cultura da Crise e Seguridade Social: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo Cortez, 1995.
- PASTORINI, Al. ¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría concesión-conquista, em: MONTAÑO C; Borgianni, E. (Orgs) La política social hoy, Cortez Editora, San Pablo, 2000. P. 207 – 231.
- SOARES, L. T. Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina . São Paulo: Cortez Editora, Coleção Questões de Nossa época nº78. 2002.
- SPOSATI, A. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. Revista Katalysis, v.14, n.1, 2011, p.104-115.
- TOPALOV, C. La urbanización Capitalista: Algunos elementos para su análisis. Mexico, Edicol, 1979.
- TORRADO, S. Estrategias de desarrollo, estructura social y movilidad. En: TORRADO, S. (comp): Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario (Tomo I). Edhasa. Buenos Aires. 2007. P. 31-67.
- VALENCIA, A. Reestruturação do mundo do trabalho: superexploração e novos paradigmas da organização do trabalho. Uberlândia. EDUFU, 2009.