

¿Beneficiarios o ciudadanos?: (Re)pensando las categorías de intervención presentes en las políticas sociales actuales en la Ciudad de Buenos Aires.

Apellido y Nombre de las autoras:

Del Valle, Carolina. Graduada. Carrera de Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires.
carodelvalle.-hotmail.com

Vicente, N. Elizabeth. Graduada. Carrera de Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires.
lizvicente2014@gmail.com

- **Resumen**

Las políticas sociales desplegadas en la Ciudad de Buenos Aires tienen, actualmente, algunas palabras comunes que las atraviesan: asistencia, recurso, subsidio, beneficio, entre otras. Las mismas tienen lugar en el repertorio cotidiano de los Ministerios de: Desarrollo Social, Salud y Educación. Estas “palabras comunes” pareciesen ser objetivas – incluso inofensivas –, sin embargo, ligadas a ellas, se encuentran representaciones sociales y metodologías que reproducen tipos específicos de ejecución de políticas sociales. En este sentido, el uso de la definición de “beneficios sociales” para las políticas sociales que se despliegan y la consecuente definición de “beneficiarixs” para aquellxs que están inscriptxs en tales políticas, resulta un etiquetamiento que conlleva un amplio escenario de imaginarios sociales, políticos, culturales, económicos, etc. Es en este punto donde radica el interés de indagación, ya que a partir de insertarnos como Trabajadoras Sociales en un Programa de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, comenzamos a cuestionar(nos) estas maneras de denominar/categorizar a lxs sujetxs con lxs que intervenimos, qué entramado histórico-político las atraviesan y, además, de qué maneras interpelamos a lxs sujetxs, en su proceso de salud-enfermedad-atención, enmarcándolxs bajo la definición de “beneficiarixs”.

Palabras clave: Políticas sociales -Intervención - Beneficiarixs- Ciudadanía - Meritoriedad

- **Presentación**

En el presente artículo nos interesa (re) preguntarnos y (re) pensar la manera en que las políticas sociales desplegadas actualmente desde algunos ministerios de la Ciudad de Buenos Aires definen a lxs¹ sujetxs con el fin de establecer líneas de intervención. Para lograrlo, decidimos articular con las experiencias que nos brinda la participación en un programa del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que trabaja a partir de la externación de sujetxs de los hospitales de salud mental de la Ciudad, a través de un abordaje asistencial para facilitar la integración social. El programa cuenta con diversos dispositivos de intervención, entre ellos: entrevistas de admisión; prestaciones monetarias (subsídios) que se efectivizan según criterio de quien coordina y que no podrá superar el 50% del salario mínimo vital y móvil; talleres de recreación y jornadas de esparcimiento en un espacio físico denominado centro social; seguimiento de la situación psicosocial de lxs sujetxs a través de seguimiento de caso; un área para favorecer el proceso de inserción laboral de lxs sujetxs. Se enmarca normativamente en la Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires que establece el artículo 15° que “Las personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social”. Para ello, dicho programa articula con otros programas dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como ser: Ciudadanía Porteña², Subsidio Habitacional³, CUD⁴, Vivir en Casa⁵, Nuestras Familias⁶, que según expresa la resolución del Programa:

“...el beneficiario requiera para su reinserción socio laboral.”⁷

¹ Las autoras de este trabajo, consideramos necesario utilizar un lenguaje no sexista, el cual busca evitar reproducir estereotipos de género. En nuestro lenguaje es frecuente expresarnos utilizando generalizaciones en masculino, invisibilizando al colectivo de mujeres. Es por esto que reemplazamos estas expresiones por un lenguaje que consideramos más inclusivo, colocando una “x”, en reemplazo de aquella vocal que generalice e invisibilice a un grupo de sujetxs determinado.

² Se puede consultar mayor información en: <http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollosocial/ciudadaniaportena>

³ Se puede consultar mayor información en:

http://www.buenosaires.gob.ar/areas/des_social/atencion_inmediata/familias_calle.php?menu_id=23350.

⁴ Se puede consultar información sobre el CUD en la página web: <http://www.buenosaires.gob.ar/copidis/guia-de-discapacidad>

⁵ Se puede consultar información sobre el programa en la página web: <http://www.buenosaires.gob.ar/tramites/programa-vivir-en-casa>

⁶ Se puede consultar información sobre el programa en la página web: <http://www.buenosaires.gob.ar/desarrollosocial/atencionsocialinmediata/nuestras-familias>

⁷ Fragmentos del Protocolo de Programa del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

- **Políticas Sociales e intervenciones actuales en la Ciudad de Buenos Aires**

Tanto Hospitales psiquiátricos como programas sociales tienen un objetivo común que los atraviesa. Están dirigidos a aquellas personas que “carecen de autonomía”. Los marginales, discapacitados, enfermos y desvalidos. En el campo de la salud mental, antes de la legislación de la Ley de salud mental N° 26.657, primaba, por un lado, la lógica de la reclusión hospitalaria, hoy en día, se relaciona a la salud, y a la posible cura de estos “enfermos/desadaptados”, como medio de producción y capacidad de trabajo para lograr la reinserción social (Vezzetti, 1985). Aquí creemos importante puntualizar que las enfermedades son consideradas como factores permanentes de reducción de fuerzas, de energías, de disminución del tiempo de trabajo (Foucault, 1996). En este sentido, se consideran en términos de costos económicos; por un lado, por la falta de producción y por otro, por los costos que implicarían una posible curación. Esto refleja los interés tanto políticos y económicos que perseguían o persiguen estas instituciones, ya que con el advenimiento de la modernidad y de la producción y reproducción del orden social occidental se puede comenzar a visualizar una manera determinada de ordenar y conceptualizar el mundo, tanto política como económica y socialmente.

No descubrimos nada nuevo cuando puntualizamos en que las políticas sociales son herramientas de poder del Estado que se muestran como objetivas pero en realidad sólo (re) producen representaciones y significaciones de “poblaciones beneficiarias” creadas homogéneamente ya que tal como lo venimos desarrollando en nuestro trabajo: “Políticas sociales en el campo de la salud mental: (Re)Producción de imaginarios y representaciones de lxs sujetxs durante su proceso de salud-enfermedad atención”, presentado en el XI Congreso Argentino de Antropología Social Rosario 2014, en el ámbito de la salud mental, particularmente, puede observarse que no existe una política de estado para salud mental⁸, sino que, por el contrario, este campo utiliza un abanico de recursos, pero que no son pensados desde y para la salud mental. Si bien estos dispositivos son necesarios y permiten construir intervenciones que abarquen aquellas situaciones problemáticas que atraviesa a cada “sujetx demandante”, resulta necesario resaltar que dichas políticas, al

⁸ Cabe destacar que desde mayo de 2013 se reglamentó la Ley de Salud Mental N° 26.657, lo cual ha permitido la puesta en marcha de diferentes dispositivos de aplicación de la ley, como así también la creación del Plan Nacional de Salud Mental. Sin embargo, a lo largo de nuestra inserción y desarrollo en estos hospitales de salud mental no pudimos observar ni recolectar relatos que den cuenta de su funcionamiento real. Para más información al respecto, consultar la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/institucional/ique-es-la-dnsmya>. Y el Plan Nacional de Salud Mental: http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/biblio/pdf_tsocial/2013-10-08_plan-nacional-saludmental_1.pdf. Consultados el 17 de junio de 2014.

homogenizar a sus “poblaciones beneficiarias”, invisibilizan y consecuentemente niegan las particularidades que conlleva haber atravesado un proceso de institucionalización psiquiátrica.

El programa citado presenta una definición de “población beneficiaria” con la cual van a intervenir. En su protocolo describen lo que ellxs denominan “PERFIL DE LOS BENEFICIARIOS” (la mayúscula no es nuestra). Allí queda asentado que no aceptaran la admisión de sujetos

“...con padecimiento de salud mental, provenientes de Hospitales Neurosiquiátricos de la CABA siendo excluyentes: trastornos mentales y del comportamiento debidos al alcohol y sustancias psicotropas, intentos de suicidio reiterados, patologías con bases neurológicas (demencias, alzheimer, post-traumáticas), trastornos delirantes persistentes, trastornos de la personalidad con trastornos de hábitos e impulsos (peligrosidad hacia sí mismo y terceros (violencia, impulsividad), retraso mental moderado, grave o profunda.”⁹

Es decir, la generalización de la creación y ejecución de políticas sociales, como por ejemplo: subsidio habitacional, certificado de discapacidad, pensión no contributiva, etc., tiene como resultado la vulneración de aquellos derechos que estas mismas políticas dicen reconocer. Por otra parte, pero siguiendo con esta misma línea de análisis, esta homogeneidad que mencionamos toma relevancia en la presente indagación también, a la hora de hablar de los géneros y las sexualidades que atraviesan a estas poblaciones, ya que observamos nuevamente que estas políticas sociales no distinguen que las poblaciones-problemas que crean son conformadas por hombres y mujeres que construyen sus identidades de maneras múltiples y diversas. Es así que las políticas sociales implementadas en el campo de la salud mental invisibilizan por partida doble: las marcas de la institucionalización y los procesos de conformación de identidades.

Ahora bien, creemos que resulta importante un análisis de las definiciones de las poblaciones definidas por las políticas sociales que se despliegan en las Ciudad y las consecuentes líneas de intervención que a partir de ellas se desplieguen. Entendemos que las intervenciones como tales son atravesadas por fundamentos metodológicos, epistemológicos, éticos, conceptuales, culturales y políticos y que se despliegan a partir de la constitución de situaciones sociales definidas a través de representaciones sociales y culturales que construyen y despliegan posibles líneas acción. “Clientes”, “usuarios”, “beneficiarios”, son maneras de

⁹ Fragmentos del Protocolo de Programa del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

denominar/mencionar/categorizar/etiquetar a los sujetos con los que intervenimos lxs trabajadorxs sociales y lxs agentes de salud en general. Sin embargo, al denominarlos de esta manera, ¿Qué “tipo” de sujetos estamos construyendo/pensando? ¿Qué esconden estas denominaciones?

Hay algunas, como clientes, que ya fueron superadas, o por lo menos se dejaron de utilizar y se reemplazaron por otras. ¿Por qué se dan estos cambios? Esto puede hacernos pensar que hay cargas valorativas, y principalmente políticas, en las formas y modalidades de denominar al “otro”. Pero, entonces, ¿Por qué nombramos actualmente a los sujetos de intervención como “beneficiarios”? ¿Qué tiene esta conceptualización de “superadora”? La realidad social es contemplada y a partir de su lectura son (re)pensadas y puestas en marcha formas de intervención. Creemos que las intervenciones desplegadas conllevan una valoración de la realidad social. En este sentido, las “palabras comunes” que atraviesan las políticas sociales en la Ciudad de Buenos Aires entre ellas: “asistencia”, “recurso”, “subsidio”, “beneficio”, conllevan representaciones sociales y metodologías que reproducen tipos específicos de ejecución de políticas sociales. Entonces, estas palabras que se emplean para definir a las poblaciones con las que se trabaja implican una mirada sobre la sociedad, y sobre lxs sujetxs con los cuales se va a intervenir, y que, a su vez, implícitamente en ellas se expresa una intervención asistencial, ligada a las concepciones de meritoriedad y pasibilidad.

En este punto, surge un interrogante: ¿que encierra el concepto de “beneficiario”? Esta definición clasifica a los sujetos como personas y/o grupos sociales “meritorios” de seguridad social, que presentan una serie de requisitos, entre ellos tiene la capacidad de poder percibir una determinada prestación de las que otorga dicha seguridad social. Con este concepto se reproducen patrones de moralización de aquellas conductas que se establecen como: “desviadas”, “incorrectas”, “anormales”, “antisociales”. Desde esta perspectiva toda la acción del Estado se basa en la idea de que existe una estrecha relación entre “las necesidades de los pobres” y la “ausencia de virtud”. Al mismo tiempo “el pobre” lo es básicamente por dos razones: el azar – ya sea enfermedad crónica, pobreza estructural, accidente, etc.- o la inmoralidad de sus hábitos y acciones. Por lo cual, las políticas sociales que se fundamentan en esta perspectiva buscan:

“reinsertar”, “revincular”, “fortalecer”, “asistir”, “subsidiar”, “apoyar” a los sujetos con el fin de adaptarlos a la sociedad.

Dentro de las condiciones para acceder al programa mencionado, los sujetos que ingresaran deben firmar una “carta compromiso”. En ella se explicita:

“En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los días del mes dede 201..., el Sr/a.....quien acredita su identidad con DNI N°..... domiciliado en.....denominado de ahora en adelante “el BENFICIARIO”(la mayúscula no es nuestra).¹⁰

Desde esta perspectiva, aquellos que son percibidos desde las políticas sociales como sujetos que requieren ser (re) vinculados, subsidiados, asistidos y (re) insertos en la sociedad, son contruidos, moldeados y modelados para ser meritorios de tales “beneficios sociales”. Sólo si demuestran a partir de su actitud: la moralización, adaptación, reinserción de sus conductas, se convierten en sujetos merecedores de la “dádiva” del Estado. Tal como mencionábamos, de esta manera, el Estado, a través de las políticas sociales, (re) produce una intencionalidad claramente político-ideológica, ya que se basa en una concepción moral de la pobreza. La pobreza, se vincula, entonces, a las conductas consideradas inmorales o a las incapacidades como causa y/o como consecuencia de la miseria en la que se encuentran.

En este sentido parece útil acudir a la categoría de salud – enfermedad: la cual hace mención a *“...una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y vida.”* (Rojas Soriano, 1984;13). Es decir, estos sujetos, además de ser “pobres”, además de ser “locos”, son el resultado del proceso social, cultural y político que ambas realidades conllevan.

Los “beneficiarios” de las políticas sociales analizadas, son definidos por la “incapacidad” de estos sujetos de vender su fuerza de trabajo en el mercado. Sin embargo, sólo esto no basta, además se debe cumplir con la meritoriedad que solo la moralidad de las acciones conlleva.

Aquí surge otro interesante interrogante ¿cuándo se originan este tipo de intervenciones en las políticas sociales? La misma nace en Inglaterra, al comienzo del siglo XVI, con la llamada ley isabelina. La cual, tenía como objetivo ofrecer asistencia o ayuda a los que no llegaban a cubrir sus necesidades a partir de la venta de su fuerza de trabajo. Para ello, se establecieron una serie

¹⁰ Fragmentos del Protocolo de Programa del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

de niveles, para niños y ancianos abandonados, enfermos, vagabundos, pobres vergonzantes, se establecían limosnas y asilos. Para los niños, aprendizaje de oficios y para los “capacitados para el trabajo”, había dos opciones: trabajo o castigo con encierro ya que no quería que se propagaran por la calle, mendigos y vagabundos. Menciona Foucault, *“En Francia, la tutela impuesta al alienado por la ley de 1838, su total dependencia de la decisión médica, contribuyeron sin duda a fijar, a fines del siglo pasado; el personaje histórico. Desposeído de sus derechos por el tutor y el consejo de familia, prácticamente de nuevo en un estado de minoría jurídica y moral, privado de su libertad por la omnipotencia del médico, el enfermo se convertía en el centro de todas las sugerencias sociales; y en el punto de convergencia de estas prácticas se establecía la sugestibilidad como el síndrome mayor de la histeria.”* (1984:23). La ley, reproduce patrones básicos del modelo de la caridad cristiana, su administración es impartida desde las parroquias y es financiada a partir de la aplicación de un impuesto que se aplicó a los propietarios e inquilinos de las tierras ocupadas. Aquí nace el criterio de meritoriedad, como justificativo para recibir la generosidad del Estado. Entonces, solo aquellos que perteneciesen a la comunidad, y que según su párroco, demostraran su incapacidad física y crónica para el trabajo, ya sea por discapacidad, infancia o vejez abandonada, enfermedad crónica, se convertían en los pobres lo suficientemente dignos de recibir la asistencia.

En este sentido, resulta pertinente mencionar que si bien las políticas sociales definen poblaciones, definen problemas de intervención, y de esta manera moldean cuerpos, las mismas son continuamente modificadas y reformuladas por los sujetos. Es conveniente realizar una “distinción” entre las formas de concebir y (re)pensar a lxs sujetxs destinatarios de estas políticas sociales como: beneficiarios o como ciudadanos. Los primeros, tal como se fue desarrollando, se caracterizan por definirse por sus capacidades de meritoriedad de una prestación; esto es las políticas sociales exigen una contraprestación la de sus atributos morales, éticos, y sus representaciones lxs constituyen como sujetxs pasivxs que incapaces de reconfiguran las líneas de intervención. Mientras que los segundos, son entendidos desde un enfoque de derechos, donde se reivindican como sujetxs activos, con capacidades plenas de decidir cuándo es el momento de recurrir a las políticas sociales para solicitar lo que por derecho es suyo, de esta manera se (re)piensan sujetos activos, productores de su historia, con derechos y obligaciones sociales, políticas, culturales, económicas.

- **¿Los cuerpos se exponen para solicitar un beneficio o para reivindicar un derecho?**

Dicho programa cuenta con un procedimiento la selección de “lxs beneficiarixs”. Explicitan que

“El programa realizara una evaluación permanente sobre las condiciones de inclusión del beneficiario, a fin de determinar los méritos de la permanencia en el sistema.”¹¹

Y remarca que:

“En caso de comprobarse la utilización de la prestación en otros gastos que no fueran los acordados con el titular y la familia, serán pasibles de sanciones.” “...carácter de Declaración Jurada, donde se acordarán las estrategias de abordaje para la reinserción sociolaboral del beneficiario, como así también la continuidad de su tratamiento psiquiátrico. Controles periódicos de salud y necesidades de capacitación y recreación.”¹²

El sujeto padeciente se convierte en meritorio de intervención. Esta intervención, entonces, esta destina a aquellos sujetos o grupos que, al demostrar que no se encuentra en condiciones de satisfacer sus necesidades vitales a través del mercado, tiene el derecho de acceder a la dadiva del Estado. En la mayoría de los casos, las políticas sociales destinadas a las poblaciones que atraviesan por alguna problemática en el proceso salud-enfermedad, exige a éstos que demuestre, reiteradamente, delante de los saberes-poderes, como ser: jueces, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, etc., que tales problemáticas en su salud, afectan directamente su vida cotidiana. Ellos se convierten en la enfermedad, se transforman en seres impedidos, incapacitados, discapacitados, etc., portadores del sufrimiento, de la miseria, de la vulnerabilidad, de la marginalidad. Por lo cual, justifican, de modo alguno, su desempleabilidad, su imposibilidad de ingresar activamente al proceso de producción. Se puede observar como las políticas sociales llevan a cabo un uso político de los cuerpos, ya que es sobre estos que se manifiesta parte de su poder. Esto se materializa cuando una política social le “exige” al otro que debe confesar, demostrar y manifestar que su cuerpo sufre. Describe Fassin *“Es preciso decirle a la administración que el cuerpo sufre para suscitar su generosidad”* (Fassin, 2003:51). El cuerpo que padece, acredita su “inmoralidad”, su “incapacidad” para convertirse en fuerza de trabajo, sin embargo, acredita, también, la reivindicación, su acreditación de derechos. Además de enfermos,

¹¹ Fragmentos del Protocolo de Programa del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

¹² Fragmentos del Protocolo de Programa del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

pobres. Además de pobres, enfermos. Eso mismo, una vez demostrado, narrado, explicado, vuelca sobre los sujetos una serie de derechos que legitima las acciones y las intervenciones generosas del Estado a través de las políticas sociales. *“La economía política de la desigualdad ha mostrado, desde hace un siglo y medio, cómo, en las relaciones de producción, los dominados utilizan su cuerpo como fuerza de trabajo. La cuestión aquí es mostrar una economía moral de la ilegitimidad en la cual, sumisos a relaciones de poder, los dominados llegan a utilizar su cuerpo como fuente de derecho.”* (Fassin, 2003:54).

- **Consideraciones finales**

En el análisis de estas políticas sociales, se puede visualizar la estrecha vinculación existente entre el padecimiento y la meritoriedad.

La contraprestación a su dadiva exige que los sujetos demuestren su voluntad a través de la certificación de que realizan su tratamiento correctamente, de que mantienen una conducta moral, de que se preservan higiénicos, sin vínculos ni redes de contención que velen por sus necesidades, de que están expuestos a la pobreza y la vulnerabilidad. Igualmente, cabe destacar que no alcanza solo con “poner el cuerpo”, sino que cada sujeto debe demostrar con certificados y documentos – oficiales – su situación de enfermedad y vulnerabilidad: certificado de tratamiento en el hospital, diagnóstico psiquiátrico, informe socioambiental que comprueba que no tiene donde vivir, etc.

A su vez, es preciso, recordar que el Estado, a través de estas políticas sociales, configura su “población problema” y a lxs sujetxs con los que va a intervenir, y a partir de la utilización de denominaciones como “beneficiarixs”, “clientes”, “usuarixs” que reduce a los mismos a la pasividad y meritoriedad, sin embargo, lxs actores, no son tan pasivxs, y si observamos los procesos históricos, los hechos nos deja ver como se han ido reconfigurando sus acciones y han exigido su espacio al Estado. Es por todo esto que es importante conocer y saber cuales son los contextos en los que surge cada política social, ya que saber esto, por ejemplo, nos permite identificar si una política es producto de una situación de urgencia o emergencia (como son los subsidios habitacionales). Es decir, el contexto del surgimiento de las políticas sociales determina y marca al cuerpo del receptor.

- **Bibliografía consultada**

- ❖ Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- ❖ Fassin Didier (2003). “*Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia*”. Cuadernos de antropología social v.17 n.1. Buenos Aires.
- ❖ Foucault Michel (1996). “*Del Poder de soberanía al poder sobre la vida. Undécima lección, 17 de marzo de 1976*”. Genealogía del racismo. Caronte Ensayos. Buenos Aires.
- ❖ Foucault Michel (2009). “Vigilar y castigar.” Siglo XXI Editores, Buenos Aires.
- ❖ Michel foucault (1984), “*Enfermedad Mental y Personalidad*”. Editorial Paidós ibérica, Barcelona.
- ❖ Rojas Soriano Raúl (1984). “*Capitalismo y Enfermedad*” Introducción. Cap.1 “Consideraciones metodológicas para el estudio del proceso salud - enfermedad”. Folios Ediciones, México.
- ❖ Vezzetti, H. (1985). “*La Locura en Argentina*”. Editorial Paidós. Buenos Aires.