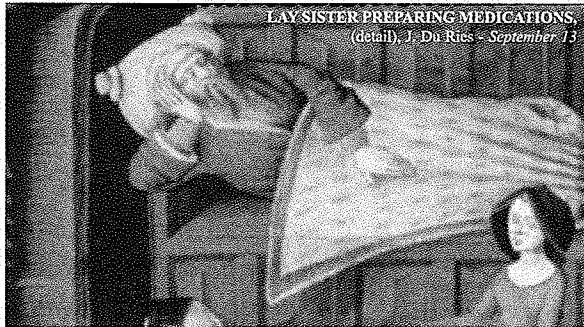


La dinámica de las políticas públicas a través de los servicios y prácticas en salud

María Victoria López López^a

Marleny Cardona Acevedo^b



LAY SISTER PREPARING MEDICATIONS,
(detail), J. Du Riez - September 13

Los servicios sociales como la educación y el cuidado de la salud se convierten en comodidades con valor de "promotores de igualdad" en sociedades democráticas.

Fernando Lolas, 1999.

RESUMEN

En este artículo se hace una reflexión acerca de las posibilidades de consolidar políticas públicas en la perspectiva del derecho a la salud a través de los servicios y las prácticas en salud. El objetivo es recuperar algunos elementos que son marco de referencia para comprender la lógica profesional y la participación de los trabajadores de la salud, en el diseño de las políticas que rigen hoy la realidad de la salud en el país, en las instituciones y en la práctica social. La metodología utilizada para este trabajo, se centra en una revisión analítica de estudios e investigaciones realizadas tanto por las autoras como por otros investigadores. Se concluye que una política pública que reconozca la salud como derecho, exige del sujeto que cuida y del sujeto cuidado hacer explícita la identidad profesional, las representaciones, la interacción social y la necesaria creación de espacios de formación y laborales, acordes con la problemática de salud-enfermedad-atención y con las necesidades socio sanitarias de la población.

Palabras claves:

Políticas públicas, Derecho a la salud, Servicios y prácticas en salud.

INTRODUCCIÓN

Globalización* y deshumanización son hoy, dos caras del capitalismo avanzado y a la vez, el marco en el cual se inscriben el diseño y la ejecución de las políticas públicas en salud. Estas últimas se mueven en la dicotomía de considerar a la salud como un derecho o como una mercancía que se expresa en los servicios y prácticas en salud, configurando posturas diferentes frente a la problemática salud enfermedad atención.

*De acuerdo con Garay y otros, la globalización es un proceso social en el que las restricciones de la geografía en los arreglos social y cultural se desvanecen. Esta se produce en tres niveles de la dinámica social: la economía, la política y la cultura. (1)

a. Socióloga, magíster en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana México. Profesora de Maestría en Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. E-mail: mvlopez@carios.udea.edu.co

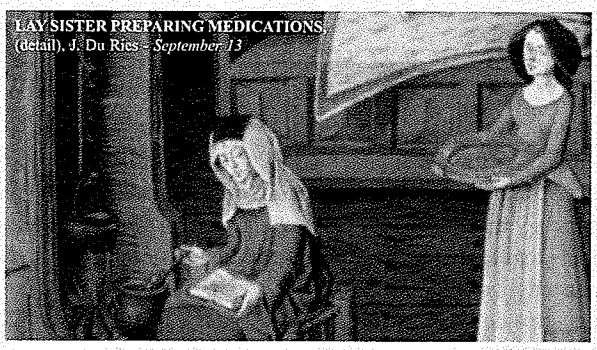
b. Economista, Doctora en Ciencias Sociales del Colegio de la Frontera Norte México. Profesora del Departamento de Economía de la Universidad EAFIT de Medellín. E-mail: marca@eafit.edu.co

The dynamics of public politics through the services and practices of health

María Victoria López López*
Marleny Cardona Acevedo**

Social services as education and health care are changed into well-being with value of "promoters of equality" in democratic societies

Fernando Lolas, 1999



La diferencia entre ambas posturas está en que mientras la primera defiende que la salud es una condición básica de la sociedad, a través de la cual se reivindican los derechos con conciencia de equidad social por parte de los actores, la segunda se sustenta en las oportunidades a que accede el individuo de acuerdo con sus capacidades y opciones de compra de bienes y servicios.

En el mercado se ofrecen y demandan prácticas y servicios de salud que estructuran relaciones socio económicas, orientadas a satisfacer la seguridad social mediante la prevención de la enfermedad, la promoción y la atención de la salud, las cuales se ofrecen por medio de instituciones articuladoras de las políticas de salud. En este contexto se configura un escenario diferencial para pensar y actuar desde el marco de las políticas públicas, y surgen interrogantes y alternativas en relación con el quehacer de los profesionales de la salud, y en particular, de los de enfermería.

Las políticas públicas se entienden como expresión del vínculo Estado sociedad y la materialización de decisiones estatales y ciudadanas en distintos campos de la vida social. Es el espacio en el que lo público se constituye en componente central de la vida social, espacio en el cual se redefinen la participación de los actores, el delineamiento del proyecto nación, las responsabilidades, los principios, y la correlación de fuerzas.

SUMMARY

This article makes a reflex ion about the possibilities to consolidate the public politics in the perspective of the rights to health services and practices. The objective is to regain some elements which are refer rings to understand the professional logic and the participation of health workers in the design of the politics implemented today for the health reality of the country, the institutions and the social practice. The methodology for this paper focused in an analytical review of papers and investigations realized by the authors and other researchers. It concluded that a public politic that recognizes health as a right, requires from the subject who gives care to the one who receives it, to make explicit the professional identity, the representation the social interaction and the creation of the required spaces for formation and for work conditions, according to the health problems —illnesses- attention and the social and sanitary needs of the population.

Key words:

Public politics, Health's rights, Services and practices of health.

Este artículo propone cinco puntos, considerados referentes centrales en el análisis de las políticas públicas que se configuran desde los servicios y las prácticas en salud: 1) el contexto general de las políticas públicas como concreción del derecho a la salud; 2) el modelo de desarrollo actual en salud como paradigma de lo público y lo privado; 3) la disociación de los servicios y las prácticas de salud en la lógica del mercado; 4) Los servicios y las prácticas profesionales en enfermería como apoyo a las políticas públicas, y 5) la construcción de políticas públicas desde las relaciones sujeto sujeto como un objetivo de los servicios y prácticas en salud.

LA CONCRECIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

En el modelo globalizado, la salud tiene su valor central en la competencia calidad, productividad, eficiencia y eficacia y en la competitividad de los factores: capital, tecnología, recursos y trabajo. Por un lado está la administración y la prestación de servicios, y por el otro el consumo de los mismos. Una economía de mercado de la salud se centra en la ampliación de cobertura (vía aseguramiento), y en la garantía de la estabilidad financiera del sistema (vía mercado), lo que en muchos aspectos se aleja del espíritu de responder a las necesidades de salud de la población.

La realidad económica y social en la que se inscribe actualmente el campo de la salud, muestra una pérdida de los derechos de sus usuarios y una política que fragmenta, vulnera y discrimina a amplios sectores de la población, con base en su capacidad de pago y al grupo social al que pertenecen. Ello cambia las relaciones de **sujeto-sujeto** a relaciones de **sujeto-objeto** en las prácticas y servicios de salud.

En contraposición con la situación señalada, el derecho a la salud se materializa cuando las políticas públicas, a través de los delineamientos, los mecanismos y los instrumentos guiados desde los objetivos, los propósitos y los alcances de los proyectos, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de salud-enfermedad de la población y a la prestación de servicios de salud en condiciones de equidad, igualdad en la oportunidad y máxima calidad. Ello se logra con una mayor participación de la población, de los trabajadores de la salud y del Estado, de manera que la materialización de los derechos en acciones, asegure la calidad de vida, garantice la seguridad social y por tanto, la justicia social.* En función del derecho a la salud, las políticas públicas se constituyen en un horizonte de posibilidad de mejores condiciones de vida y salud, en la medida que delineen mecanismos e instrumentos consecuentes con la defensa de la seguridad social, de los derechos y la distribución de la riqueza. Así, estos elementos revierten la acumulación de capital en el ámbito mundial y local, orientados a la solución directa de problemas estructurales que permitan alcanzar el bienestar, el desarrollo humano y las alternativas sociales y laborales de la población.

* La justicia social puede darse si se tienen las siguientes condiciones interrelacionadas: Primero, el contexto situacional en el que se discuten las peticiones deberá ser la "sociedad" en singular, y no las "sociedades" en plural. Segundo, la "singularidad" de la sociedad presupone que el ejercicio del gobierno y la jurisdicción del sistema legal no sufren ningún cambio. Tercero, las reclamaciones presentadas en esa sociedad serán de distinta índole, y de una índole que no pueda ser completamente cubierta por las leyes existentes, ni estar plenamente constituida por las instituciones políticas existentes. Por último, los demandantes deberán poder defender sus propias reivindicaciones.(2)

La realidad económica y social en la que se inscribe actualmente el campo de la salud, muestra una pérdida de los derechos de sus usuarios y una política que fragmenta, vulnera y discrimina a amplios sectores de la población, con base en su capacidad de pago y al grupo social al que pertenecen.



En este marco, las acciones de los profesionales de la salud oscilan entre la prestación de un servicio con apego a los lineamientos estatales en función del mercado, o la construcción de los servicios de salud para individuos y colectivos en el contexto del reconocimiento de la salud como un derecho. Más allá del servicio, el asunto de la salud como derecho es relacional y se resuelve en la práctica social y en la construcción de la socialidad, porque procura el acceso a marcos de equidad e igualdad de oportunidades para satisfacer las necesidades individuales y colectivas. De acuerdo con Mafesoli,⁽³⁾ se habla de socialidad desde un nuevo vínculo social, del ethos surgido de la emoción vivida en común, del sentimiento colectivo, donde el microcosmos individual y social se organizan mediante la conjugación de las diferencias a imagen del macrocosmos o entorno, de manera que las representaciones colectivas son fuerzas mayores y más eficaces para la vida social que las representaciones individuales.

En resumen, las transformaciones del sector salud exigen redefinir los ejes fundamentales de las profesiones que hacen aportes a la prestación de servicios desde la formación, la investigación y la práctica profesional. Estos ejes producen impacto en los delineamientos de la política social actual, caracterizada por cambios trascendentales del modelo de desarrollo. Algunos de estos cambios son: la exaltación del individuo como actor que compra, vende y/o consume servicios; el surgimiento de nuevas propuestas para el financiamiento y reordenamiento institucional; la reducción del gasto público; la descentralización política administrativa con limitaciones en el apoyo técnico y financiero y el traslado de costos a los usuarios, con lo cual los individuos no acceden a un derecho sino a unos servicios. La materialización de estos cambios se traduce en el paso de los derechos sociales como la salud y la educación, a derechos contractuales regulados por el mercado del sector.⁽⁴⁾

La comprensión de los resultados de los cambios en las políticas, pasa por el entendimiento de la reducción de los ingresos destinados al gasto social, de la racionalidad en las prácticas profesionales, asociadas con la eficiencia y la eficacia bajo condiciones de competencia y a la vez, relacionadas con las funciones, el énfasis en los costos de los procedimientos facturación, la reducción de subsidios y los cambios en la selección de los usuarios que son incluidos o excluidos con base en "los que tienen derecho".

En resumen, las transformaciones del sector salud exigen redefinir los ejes fundamentales de las profesiones que hacen aportes a la prestación de servicios desde la formación, la investigación y la práctica profesional. Estos ejes producen impacto en los delineamientos de la política social actual, caracterizada por cambios trascendentales del modelo de desarrollo.

✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻

EL MODELO DE DESARROLLO EN SALUD: UN PARADIGMA DE LO PÚBLICO Y LO PRIVADO

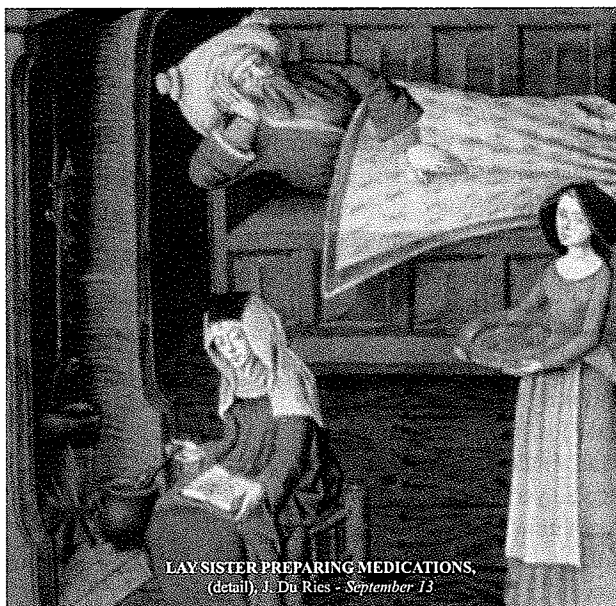
La salud se mueve entre el espacio económico público y privado, y la construcción societal de los servicios como un derecho. Esta situación presenta contradicciones en el modelo de desarrollo actual, ya que se han cambiado los campos de actuación y las responsabilidades del Estado. Los resultados de la dinámica económica y social hoy, más que posibilidades han generado problemas a la seguridad social, la educación, la vivienda, el ocio, el trabajo y la cultura, entre otros.

La propuesta general de privatización rompe con el sentido de lo público y una de sus expresiones es la enajenación de los bienes del Estado. Esta privatización conlleva dos consecuencias importantes: por un lado, los bienes y servicios, considerados tradicionalmente públicos, pasan a manos de actores

privados proveedores, prestadores de servicios, administradores y financiadores y por el otro, lo privado impone criterios de "empresa privada" a bienes y servicios públicos que no son ni privatizables ni estatizables como es el caso de la salud. Ejemplo de esto es la tensión que frente a la racionalidad de la ley 100, soportan algunos funcionarios de las Empresas Sociales del Estado antes hospitales de la Red Pública, quienes se mueven en la contradicción de administrar empresas con sentido social o con sentido privado.

Una de las características de la aplicación del actual modelo de desarrollo, es la subordinación de lo público a lo privado. En este marco, la reforma al sistema de salud le ha restado posicionamiento al sentido social de la salud como derecho, para convertirla en mercancía. Así, se registra una pérdida, desde lo colectivo, del sentido de lo público, de los acumulados sociales y de los principios solidarios. La reforma ha transformado el concepto de sujeto social de demanda, a objeto de consumo, lo cual ha cambiado su relación con los derechos

sociales y generado deformaciones profundas en la relación prestador de servicios demandante de servicios, el último de los cuales ha pasado de beneficiario o derechohabiente a cliente, de acuerdo con su capacidad de consumo.



LAY SISTER PREPARING MEDICATIONS,
(detail), J. Du Ries - September 13

Lo público es entendido como el resultado de acciones individuales y colectivas que ofrecen beneficios en sentido amplio a la sociedad, y tienen que ver con las necesidades bio psico sociales históricamente construidas, con el papel del Estado como representante y garante del bienestar de todos los ciudadanos, y con la construcción de socialidad para mantener la cohesión social y no dejar en manos del mercado las decisiones fundamentales de los ciudadanos.

El espacio de lo público, en tanto lugar para la acción ciudadana, supone el ejercicio efectivo de los derechos y la exigencia al Estado de su garantía. Esto produce tensiones donde es posible construir referentes de la vida social, del mundo de la acción política y de un universo de la vida política. En el espacio público se legitima la ciudadanía.

El modelo de los servicios y de las prácticas en salud, visto como posibilidad para el desarrollo de las políticas públicas, ha tenido los siguientes obstáculos entre otros:

La economía de mercado tiene como premisa central disponer de la información suficiente para la toma de decisiones y libre elección, mientras que lo que se presenta es la existencia de mercados incompletos, segmentados y poco definidos. En la práctica no se han resuelto los problemas de salud a través del sistema económico, ya que el Estado centraliza los ingresos y descentraliza los

gastos, como parte de las medidas de ajuste, lo cual se traduce en una deslocalización de los servicios y una localización de los problemas. Así mismo, no se dispone de bases de información permanente, oportuna y asequible a los distintos sectores.

Las políticas económicas y sociales no han contribuido a la construcción de la equidad, por cuanto no han compensado la pérdida en los salarios, y en cambio, han reducido la calidad y la cantidad de los servicios sociales. En últimas, han aumentado la concentración de riqueza e ingresos, deteriorando las condiciones de los servicios y las prácticas en salud.

La reducción del papel del Estado como controlador y regulador, deja en manos del mercado muchas de las responsabilidades colectivas. Lo individual se convierte en la posibilidad de satisfacer las necesidades en salud, y el bienestar social pasa al ámbito de lo privado. Los gobiernos solo intervienen en lo que los agentes privados no pueden o no quieren hacer, es decir, se limitan a cubrir las imperfecciones del mercado.⁽⁵⁾ A manera de ejemplo podemos citar para el caso colombiano las enfermedades catastróficas y las de alto costo, que son asumidas por instituciones de la Red Pública. Se estima que para 1998, por cada 200 casos de enfermedades de alto costo atendidos en el departamento de Antioquia, 2 fueron asumidos por los servicios privados y el resto (198), fueron atendidos por el Seguro Social y la Red Pública.⁽⁶⁾

Los niveles de participación ciudadana y la construcción de la democracia han sido insuficientes. Además, el fortalecimiento del modelo ha generado mayores exclusiones e inequidades. Prueba de ello lo constituye el mecanismo de la tutela, creado por la Constitución Nacional de 1991, específicamente para la defensa de derechos constitucionales básicos como la salud, que está vinculada por su conexidad con el derecho a la vida. Para 1998, el Ministerio de Salud de Colombia planteaba que este mecanismo había desbordado los costos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS porque en menos de un año más de 10.000 personas antepusieron demandas a dicho Sistema, en virtud del derecho individual a la salud y a la vida,⁽⁷⁾ a través de la tutela.

El modelo, con excepción de la ampliación de cobertura en el aseguramiento de la atención básica en salud para algunos grupos sociales, ha producido un deterioro de las condiciones de vida, resultado de las políticas de ajuste estructural de la reforma al sistema de salud. Así, las políticas públicas son reguladoras de los efectos del modelo de desarrollo, en la medida en que en el espacio y el territorio donde se aplican generan desigualdad e inequidad dentro de la población, reducen su capacidad de intervenir en la realidad social centro del bienestar del ser humano y base del desarrollo, y vulneran su posibilidad de construir directrices en los servicios y las prácticas en salud.

En síntesis, la política social y económica ha de centrarse en tres ejes, en función del derecho a la salud: primero, el reconocimiento del tejido social como el "cemento de la sociedad"⁽⁸⁾ y de su importancia para un proyecto societal; segundo, el fortalecimiento de un modelo alternativo al modelo económico exportador, y tercero, la redefinición del papel del "Estado Nación" como controlador, administrador y garante del bienestar social.

Los niveles de participación ciudadana y la construcción de la democracia han sido insuficientes. Además, el fortalecimiento del modelo ha generado mayores exclusiones e inequidades. Prueba de ello lo constituye el mecanismo de la tutela, creado por la Constitución Nacional de 1991, específicamente para la defensa de derechos constitucionales básicos como la salud, que está vinculada por su conexidad con el derecho a la vida.

◉ ◉ ◉ ◉ ◉ ◉ ◉ ◉ ◉ ◉ ◉

DISOCIACIÓN DE LOS SERVICIOS Y LAS PRÁCTICAS EN SALUD EN LA LÓGICA DEL MERCADO

El actual modelo de desarrollo globalizado se apoya en un proyecto económico en el que los supuestos fundamentales son el mercado y la privatización. En el campo de la salud, inscrito en esta propuesta económica, política y social, estos supuestos se orientan teniendo en cuenta la ampliación de cobertura (universalidad), la focalización (equidad) y la descentralización (eficiencia).

La política estatal en asuntos de seguridad social, especialmente en salud, se sustenta en intervenciones selectivas y en el reordenamiento del sector con base en pautas de mercado, las cuales estratifican la población según su capacidad de aporte al sistema y niegan los principios de universalidad e integralidad fundamentales en los servicios y las prácticas en salud. Por tanto, la construcción de un espacio legal que garantice lo social, se inscribe en un orden interno basado en la equidad, la legitimidad, la solidaridad y la democracia participativa.

La política estatal en asuntos de seguridad social, especialmente en salud, se sustenta en intervenciones selectivas y en el reordenamiento del sector con base en pautas de mercado, las cuales estratifican la población según su capacidad de aporte al sistema y niegan los principios de universalidad e integralidad fundamentales en los servicios y las prácticas en salud.

Bajo el actual modelo de salud, la responsabilidad de la integración de los componentes del sistema está en "manos del mercado del sector salud". De acuerdo con los balances sociales, se cuestiona que los derechos y las ganancias que la sociedad ha logrado durante más de un siglo de lucha a través de formas organizativas institucionalizadas como los sindicatos, las organizaciones gremiales y las organizaciones civiles, en la reivindicación de sus derechos laborales, de salud, de educación y de promoción ciudadana como una construcción colectiva de la seguridad social, se hayan perdido en menos de una década.

En el gráfico 1, se muestra, para la década del noventa, una participación mayor del gasto social en el Producto Interno Bruto -PIB y a la vez, un decrecimiento del PIB, con aumento del desempleo. En este contexto económico, ¿qué tipo de economía de la salud es posible desarrollar en Colombia? ¿Y qué servicios y prácticas en salud emergen para operar dicho mercado?.

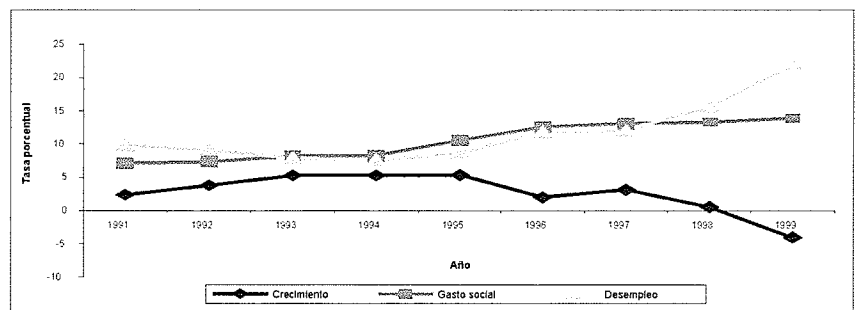


Gráfico 1. Comportamiento en Colombia del gasto social y el desempleo frente al crecimiento económico 1991-1999

Fuente: Cuadro Anexo 1

El comportamiento de las variables gasto público, crecimiento económico y desempleo, muestra que la participación del Estado no ha hecho reaccionar a la economía. Preocupa que a partir de 1998 el desempleo haya aumentado y se haya agudizado la crisis. Si bien el gasto social se sostiene, la disminución en consumos e inversión en el país, ha golpeado la economía en su totalidad. (Ver cuadro del anexo 1).

Año	Crecimiento Económico	Gasto social/PIB	IPC Total año	Tasa de Desempleo	Tasa sub empleo	GINI Percapita hogar	Pobreza por ingresos	Homicidio Muertes violentas
1991	2.4	7.1	26.8	9.8	13.1	0.554	57.7	28.140
1992	3.8	7.4	25.1	9.2	13.0	0.564	55.8	28.224
1993	5.3	8.2	22.6	7.9	11.1	0.584	56.4	28.026
1994	5.3	8.3	22.6	7.6	10.5	0.569	54.4	26.807
1995	5.4	10.6	19.5	8.7	12.3	0.556	55.0	25.398
1996	2.0	12.6	21.6	11.9	15.3	0.561	53.8	27.428
1997	3.2	13.1	17.7	12.1	15.5	0.540	54.2	27.796
1998	0.6	13.3	16.9	15.7	21.2	0.560	55.7	29.342
1999	-4.0	13.9		22.0		0.589	60.1	

Anexo 1
INDICADORES SOCIOECONÓMICOS COLOMBIANOS 1991-1999

Fuente: Libardo Sarmiento Anzola ⁽¹⁵⁾

La búsqueda de un modelo de apropiación de las responsabilidades desde lo individual-privado se ve descompensada, mucho más cuando se plantea la reducción del gasto y la redefinición de lo público, en un momento en que se busca que la salud sea un asunto privado que se resuelva en el mercado, y el Estado, que no se plantea la responsabilidad de ser soporte del desarrollo económico, no asume la garantía de cubrir los consumos individuales y colectivos. A pesar de que la Ley 100 contempla para el funcionamiento del SGSSS, la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía que obliga al Estado a aportar un peso por cada peso aportado por los trabajadores, con lo cual se garantizaría subsidiar a la población de más bajos recursos que contempla dicha ley, el incumplimiento de tal obligación por parte del Estado ha agudizado la crisis del sector y ha develado su irresponsabilidad como garante de los derechos ciudadanos al no cumplir con el pago de una deuda que hoy día asciende a más de 550 mil millones de pesos.

El balance muestra que la respuesta a esta dinámica es un crecimiento sin desarrollo y un decrecimiento con desempleo e inversión social sostenida. Lo anterior afecta los servicios y las prácticas en salud, porque un modelo que somete el cuidado de la salud a esquemas centrados en la facturación y en los costos por actividad para los prestadores de servicios por un lado, y a los niveles de ingreso y capacidad de consumo para los usuarios y asociados por el otro, se constituye en un modelo excluyente que privilegia el acceso a la salud a quienes pueden pagarlo, y en una limitante para la prestación de los servicios en condiciones de eficiencia, equidad y universalidad, y para asegurar el derecho a la salud al grueso de la población.

En la dinámica socioeconómica de la década del noventa se identifican dos momentos: antes y después de 1994. En este periodo se presentaron cambios en las variables estructurales: en el crecimiento económico, empleo y desempleo por una parte, y en algunas coyunturales como la inflación, medida a través del índice de precios al consumidor -IPC. De 1990 a 1994, la economía tuvo una recuperación en los indicadores y a partir de esta fecha estos empezaron a decaer progresivamente.

En el gráfico 2 y cuadro del anexo 1, se observa que en la década del noventa la inflación disminuyó pero el desempleo y subempleo aumentaron, especialmente a partir del año 94, con crecimientos cada vez menores de la economía, por lo cual la crisis se agudizó. En este sentido vale la pena preguntar:



THE FIRST PIGNON OF THE YEAR
May 1 (detail)

¿Cuáles son las condiciones socioeconómicas de una población para que la implementación de un sistema de salud basado en consumos individuales pueda tener soporte? Un modelo basado en los niveles de consumo, ¿cómo implementa las prácticas y los servicios en salud? ¿Cómo se hace viable la racionalidad de un modelo de este tipo en un contexto de crisis de inversión, empleo y consumo? ¿Cuánto tiempo puede resistir un país una creciente concentración de pobreza?

Los resultados del modelo económico nos excluyen como país del mercado internacional, contexto en el que dicho modelo tampoco ha mostrado competencias para responder a las necesidades de las poblaciones, a las cuales se pide que respondan por los resultados económicos y sociales que viven sus respectivos países, regiones y localidades, lo cual agudiza las desigualdades entre los grupos sociales.

Las formas de integración del mercado en los espacios público y privado internacional, nacional y local y el desarrollo de las políticas públicas, presentan posibilidades y retos en la coyuntura que influyen en los servicios y las prácticas en salud. En este sentido, se considera importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

Al analizar la forma como se están construyendo las políticas públicas se encuentra que desde el Estado, ellas han sido diseñadas bajo la racionalidad económica medios fines, cuyos resultados son muy excluyentes. Sin embargo, esto no quiere decir que este sea el único espacio desde el cual pueden ser abor-

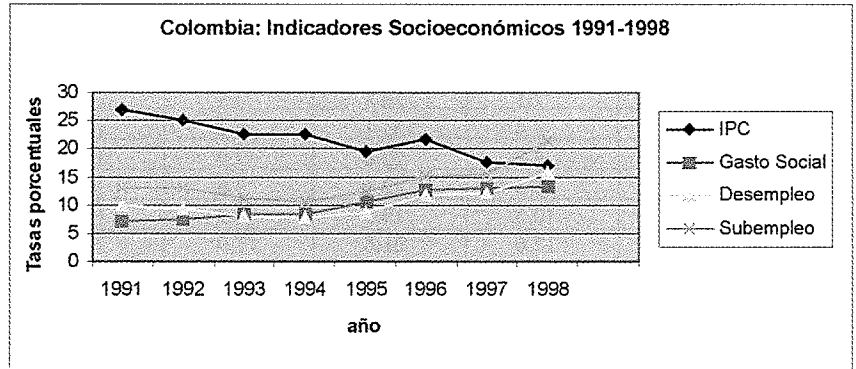


Gráfico 2. Comportamiento del gasto social, el Índice de precios al consumidor, el desempleo y el subempleo

Fuente: Cuadro Anexo 1

dados. Desde una racionalidad económica sustentada en los valores y la ética, es necesario promover escenarios que aseguren el acceso de la población a los recursos y las tecnologías que la humanidad ha alcanzado a través de la historia.

La construcción social de los derechos y específicamente de la seguridad social colectiva en una sociedad, pasa de ser un proyecto de política social del Estado a un asunto individual o colectivo de la sociedad. Según Garay,⁽⁹⁾ se trata de un compromiso colectivo que permita romper los obstáculos que impiden a la mayoría de los ciudadanos insertarse creativamente en el sistema mundial, tener un desarrollo social en condiciones de equidad, lograr un avance hacia la civilidad de la tolerancia, la solidaridad y el compromiso social, y una democracia incluyente y reflexiva en el contexto de los desafíos y progresos del mundo de hoy.

Toda política llega a serlo, si es capaz de trascender la acción más allá de la intención o la formulación. Como quien dice, adquiere vida cuando se materializa. Las políticas sociales constituyen un eje para delinear mecanismos de equidad entre los miembros de la sociedad, para defender la seguridad social, los derechos humanos y la distribución de la riqueza. Estos elementos revertirían la acumulación de capital mundial y local en función de soluciones directas a problemas estructurales con miras a alcanzar el bienestar, el desarrollo humano y las oportunidades sociales y laborales de la población.

El sentido de la política no es solo la acción, sino que debe estar orientado a un propósito que se inscriba en la esfera de lo público como garante de lo socialmente válido. La política pública no es una decisión aislada, sino un conjunto de posiciones que involucran una o varias instituciones estatales y que a la vez significan la concreción de decisiones tomadas en términos de acciones, que producen resultados sobre una situación socialmente problemática y sobre los actores sociales y políticos involucrados en la misma.⁽¹⁰⁾

SERVICIOS Y PRÁCTICAS PROFESIONALES EN SALUD COMO APOYO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: UNA MIRADA DESDE LA ENFERMERÍA

La reflexión sobre una profesión pasa por el reconocimiento de las prácticas, la investigación y el desarrollo tecnológico, así como también, por el conocimiento y los referentes de comprensión ética, política y social de la realidad.⁽¹⁰⁾ El cuidado a la salud hoy, es un espacio donde se concretan las ofertas de los bienes y servicios de salud y las demandas de acuerdo con las capacidades de los consumidores en el mercado. En este proceso, el mercado exige a los profesionales de la salud centrar su capacidad productora de servicios en el desarrollo de prácticas de cuidado de la salud en el marco de la racionalidad económica -productividad, eficiencia y eficacia, lo cual resta importancia a la relación sujeto sujeto y lleva a que se pierdan la acumulación y utilización de conocimientos acordes con las particularidades de los usuarios de los servicios de salud.

Las prácticas en salud, entendidas como el ejercicio de la función pública, inseridas en un Estado democrático y social de derecho, requieren de referentes de tipo territorial, cultural y poblacional para el ordenamiento de la acción colectiva a través de dos vías: o separando las relaciones de mercado de las que garanticen los derechos y la seguridad social, o el funcionamiento de un mercado que asegure las condiciones sociales de la población. No se trata de pensar ingenuamente en la eliminación del mercado, pero en el campo de la salud, es necesario construir la prioridad de la función pública en el ordenamiento del sistema, aunque existan agentes de carácter público o privado que confluyan en él.⁽¹¹⁾

La construcción y diseño de políticas públicas involucra las relaciones entre los diferentes participantes de la población, y requiere consistencia entre los objetivos y los medios e instrumentos construidos con base en el espacio territorial-local, regional y nacional. En la perspectiva de construir políticas públicas como un apéndice de la socialidad, de la construcción del tejido social y del desarrollo de un proyecto humano, se busca garantizar condiciones de vida que aseguren, tanto en forma individual como colectiva, la satisfacción de las necesidades humanas como una actividad práctica y social de seres concretos e históricamente dados. Se trata de develar los efectos de la globalización como esfera económica, política y cultural, y sus expresiones, las cuales por un lado afirman principios de equidad y oportunidad, y por otro, niegan las desigualdades consecuentes de la lógica

La construcción y diseño de políticas públicas involucra las relaciones entre los diferentes participantes de la población, y requiere consistencia entre los objetivos y los medios e instrumentos construidos con base en el espacio territorial-local, regional y nacional.

• • • • •



THE FIRST PICNIC OF THE YEAR - May 1 (detail)

socioeconómica producción mercado de los territorios. En los servicios y las practicas en salud, se observa una fisura en el diseño de las políticas, expresada en sus programas, instrumentos y posibilidades prácticas. Dicha fisura permite plantear cuestionamientos en aspectos tales como:

Una política pública que incorpora el cuidado en el marco del reconocimiento de la salud como derecho, exige del sujeto que cuida y del sujeto cuidado, hacer explícitas la identidad profesional, las representaciones, la interacción social y una cultura que les permita interactuar desde los espacios de la formación y del trabajo.

- La garantía del desarrollo de políticas públicas, de manera que los servicios y prácticas materialicen los principios de universalidad, equidad y eficiencia, partiendo de que la salud es un derecho fundamental. La construcción de estrategias desde las cuales el derecho a la salud en el contexto internacional sea base de la atención a las necesidades esenciales.
- Mecanismos para la prestación de servicios de salud, acordes con las necesidades y el desarrollo científico y tecnológico.
- El reconocimiento de la capacidad de las instituciones y de los actores para asumir la responsabilidad del desarrollo de políticas públicas e intersectoriales, asignándoles funciones y mecanismos de coordinación de las propuestas de salud desde los territorios.
- La distribución de los recursos en dos campos de servicios y prácticas: la atención de la enfermedad y la promoción en salud.
- La promoción de las redes organizacionales que amplíen y garanticen los servicios de desde lo regional, lo nacional y lo internacional.
- El desarrollo de programas, dentro de los cuales los saberes populares y las medicinas alternativas den pautas y hagan aportes al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- La promoción de una reforma de las políticas públicas en educación básica, considerando como objetivo un aporte a la salud como derecho fundamental.
- El impacto del conocimiento y uso de los desarrollos tecnológicos, y la formación de recursos en salud que respondan a las necesidades de la población.

Las competencias sociales le imprimen un carácter especial a la profesión de enfermería. En su carácter social, esta disciplina tiene un sentido práctico que coloca a los seres humanos como eje central; no como personas sanas o enfermas sino como sujetos susceptibles de recibir cuidado biológico, psicológico y social. En sentido socio político, el profesional de la enfermería está comprometido con el desarrollo de su profesión, orientado hacia el bien común, a la satisfacción de las necesidades fundamentales en salud y a la construcción de una sociedad basada en los principios de la construcción de socialidad.

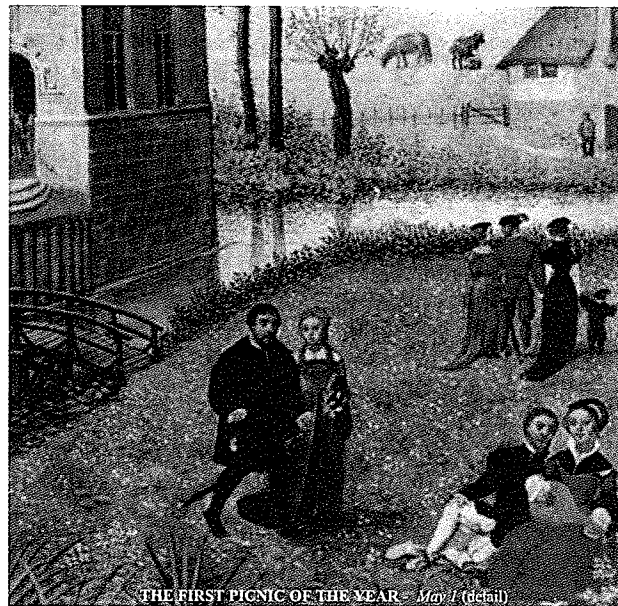
Desde el campo profesional de la enfermería se fortalece la dinámica de las políticas públicas a través de su función social el cuidado de la salud, que se expresa en los servicios y en las prácticas de salud. Esta reflexión ha sido motivo de debates que se orientan a redefinir la profesión en sus referentes, privilegiando por un lado la intersubjetividad que garantice el cuidado a la salud y por el otro, el modelo de mercado como un asunto de uso y consumo de servicios. En este sentido, ¿qué saben las enfermeras y los enfermeros y cómo usan el conocimiento para beneficiar a las personas?⁽¹³⁾ ¿Y cómo se inscribe la práctica profesional en enfermería en el desarrollo de políticas públicas en salud? La respuesta estaría orientada hacia varios aspectos: 1) la construcción del objeto de la profesión de enfermería atraviesa saberes y poderes que se inscriben en la interacción de procesos, tecnología y recursos. 2) El centro de la discusión en torno a los servicios y las prácticas, está en los resultados que se obtienen con los procedimientos, los instrumentos y las técnicas que se involucran en la relación cuidador cuidado. 3) La práctica profesional lleva a relaciones humanas directas entre sujetos y colectivos que determinan su lugar en la estructura societal.

Una política pública que incorpore el cuidado en el marco del reconocimiento de la salud como derecho, exige del sujeto que cuida y del sujeto cuidado, hacer explícitas la identidad profesional, las representaciones, la interacción social y una cultura que les permita interactuar desde los espacios de la formación y del trabajo.

LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE LAS RELACIONES SUJETO SUJETO COMO UN OBJETIVO DE LOS SERVICIOS Y PRÁCTICAS EN SALUD

Las políticas centradas en el mercado, asumen procesos sociales cuyas restricciones se crean en las localidades con base en arreglos sociales y culturales. Esto quiere decir que realmente no existe una libertad per se en las formas de acción. La diferenciación en los efectos de las políticas económicas y sociales por la globalización, ha generado inserciones de mercados con características destructivas, desigualitarias y empobrecedoras, que han llevado a marginación, fragmentación y desincorporación en el sistema mundial.⁽¹⁴⁾

En este contexto, las profesiones son el espacio de realización de las políticas públicas como expresión de los procesos sociales. Así, los servicios y las prácticas en el marco de las políticas públicas, más que acciones, son relaciones que cumplen un papel importante porque a través de ellas circulan saberes, información, prácticas, actores, recursos y políticas, que posibilitan el rescate de la gestión social, del sentido de lo público, del ejercicio de la ciudadanía y de la



relación sociedad Estado. Dichos servicios y prácticas determinan una construcción social de las relaciones humanas complejas, en las que se ponen en juego sentidos y significados. En este contexto, algunos planteamientos para el análisis, giran alrededor de los siguientes puntos:

1. La racionalidad del mercado le da a la profesión delineamientos que instrumentalizan el servicio.

Un modelo de políticas diseñado desde la concepción de la salud como derecho, constituye un espacio de competencia profesional de acuerdo con el territorio, las condiciones históricas y el desarrollo tecnológico, teniendo en cuenta los puntos del ciclo de reproducción de la vida sobre los que se estructura la sociedad: la producción, la distribución y el consumo.

En este sentido, la propuesta es incidir en tres campos fundamentales: los principios, las prácticas en salud y la distribución de los recursos. El mercado ofrece los servicios de acuerdo con su demanda. Lo que interesa es una profesión "centrada en la salud", que contribuya a imponer la racionalidad de las necesidades de salud sobre aquellas que impone el mercado.

2. Las relaciones sujeto sujeto que se construyen en los servicios y prácticas de salud, rompen las relaciones funcionales para construir espacios que integren las expectativas de la población. Las relaciones sujeto sujeto están asociadas a la búsqueda de intereses, gustos y necesidades que se logran a través de la cooperación entre los sujetos. En este orden de ideas y en el caso de la enfermería, el cuidado de la salud como objeto de conocimiento y práctica, obliga a generar arreglos que disminuyan las asimetrías en las

relaciones, que generen encuentros equitativos, que negocien en condiciones de equidad frente a la salud y a la enfermedad. Además, esta profesión tiene un ámbito político social, en el que las relaciones se expresan por medio de la organización de servicios sociales y la redistribución de la riqueza y los ingresos.

Cabe entonces la pregunta: ¿Cuáles son las políticas públicas que acompañan la formación profesional y el cuidado de la salud de individuos y colectivos, desde la perspectiva de los derechos económicos, sociales y culturales?


Las necesidades de la sociedad, en cuanto a políticas públicas en salud se refiere, pueden encontrar satisfactores en un campo como el del cuidado de la salud por medio de la enfermería, porque esta profesión aporta conocimientos y experiencias que articulan a la sociedad en la medida en que responden a un asunto vital.

A manera de conclusión, queremos enfatizar que la salud es un asunto transversal en la dinámica de la sociedad y que su desarrollo reside en las formas, el diseño y los mecanismos que adoptan las políticas públicas, lo cual se concreta en los servicios y las prácticas en salud. Las políticas públicas son un regulador de los efectos del modelo económico. Ellas se tornan fundamentales de acuerdo con Jaime Breilh:⁽¹⁵⁾

El capitalismo muestra ahora con mayor capacidad y dureza su verdadero sentido histórico: No es un sistema hecho para el bienestar y el disfrute en salud; es una gran operación de control del poder para la concentración privada de los productos del trabajo y del ingenio humano, un ensayo fetichista que viste la alineación en apariencia de progreso, disfraza la miseria con ropaje de marca, aglomera seres competidores acrílicos en grandes urbes de soledad privada, donde cada vez queda menos espacio para el compartir solidario, para una racionalidad humana de los ritmos y sentidos de la vida y en definitiva, para la salud plena que sólo puede conseguirse humanizando las formas de trabajo, defendiendo el consumo, posibilitando las máximas expresiones de organización democrática del poder, fortaleciendo la pluralidad y complementariedad cultural, asegurando la defensa de la naturaleza.

Así mismo, dicha dinámica involucra las estructuras institucionales, y de manera central al Estado, pero a su vez incluye las instancias locales, familiares e individuales, porque en las interacciones se construyen los sistemas de relacionamiento que permiten que el campo de la salud avance en dirección de los derechos individuales y colectivos, base fundamental de toda política pública.

Además, fortalece proyectos que permitan el desarrollo de potencialidades humanas, el empoderamiento y la creatividad en la afirmación de la vida, contrarios a la visión de mercado excluyente, fragmentado y desigual, propio del modelo económico vigente.

Así, corresponde a los agentes de salud a través de los servicios y las prácticas de salud, recuperar la naturaleza simbólica y práctica de la salud, reubicando el sujeto de atención, curación y cuidado en salud, como el centro de la investigación y el objetivo de la intervención terapéutica, de forma tal que los derechos, los principios éticos y los desarrollos científico técnicos, se pongan al servicio de sujetos portadores de experiencias, conocimientos y necesidades bio-psico-sociales. 

RERERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1.] Garay L.J. *Globalización y crisis. ¿Hegemonía o corresponsabilidad?* s.l.: Tercer mundo editores-Colciencias; 2000.
- [2.] Heller A, y Ferenk H. *El péndulo de la modernidad. Una lectura de la era moderna después del comunismo.* s.l: Península; 1994. p. 109.
- [3.] Maffesoli M. *El conocimiento ordinario. Compendio de sociología.* México: Fondo de Cultura Económica; 1985.
- [4.] López MV, y Cardona M. Marco explicativo de los efectos del modelo de desarrollo en América Latina: cinco tesis sobre las políticas en salud. En: Castrillón M. C., ed, *Curso Internacional Itinerante La Salud Colectiva a las puertas del siglo XXI.* Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2000. p. 81.
- [5.] Laurell, Asa Cristina. *La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud.* México: Fundación Fiedrich Ebert; 1991.
- [6.] Facultad Nacional de Salud Pública. *Foro Reforma a la salud, evento preparatorio Primer Congreso Internacional de Salud Pública. Formulación de políticas de políticas, tendencias y desafíos para el Siglo XXI.* Medellín: FNSP Universidad de Antioquia; 1998.
- [7.] Facultad Nacional de Salud Pública. *Memorias Primer Congreso Internacional de Salud Pública. Formulación de políticas de políticas, tendencias y desafíos para el Siglo XXI.* Medellín: FNSP Universidad de Antioquia; 1999.
- [8.] Elster J. *El cemento de la sociedad. Las paradojas del orden social.* s.l: Gedisa; 1991.
- [9.] Sarmiento-Anzola L. *Utopía y sociedad, una propuesta para el nuevo milenio.* Santafé de Bogotá: Fescol; 1996.
- [10.] Vargas A. Las políticas públicas entre la racionalidad técnica y la racionalidad política. En: *Dimensiones político económicas del nuevo orden constitucional.* Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 1996.
- [11.] Castrillón MC. *Desarrollo y perspectivas de la profesión de enfermería. Memorias del décimo primer Curso de actualidad en enfermería.* Universidad de Antioquia, Septiembre de 2000.
- [12.] Hernández M. *El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización.* (Ponencia). *Coloquio La política social y los derechos económicos, sociales y políticos: Balance y perspectivas.* Bogotá 7-9 de octubre de 1999.
- [12.] Peplou H. *Palabras de aceptación del premio Christiane Reimann. XXI Congreso cuatrienal del CIE Vancouver, BC, Canadá. Investigación y Educación en Enfermería.* 1998; XVI:1.
- [13.] Breilh, J. Derrota del conocimiento por la información. *Ciencia e saude colectiva.* Da Brasco.1999.
- [14.] Sarmiento-Anzola L. *Exclusión, conflicto y desarrollo societal.* s.l: s.e.; 1999

Las necesidades de la sociedad, en cuanto a políticas públicas en salud se refiere, pueden encontrar satisfactores en un campo como el del cuidado de la salud por medio de la enfermería, porque esta profesión aporta conocimientos y experiencias que articulan a la sociedad en la medida en que responden a un asunto vital.