

# ANÁLISIS CRÍTICO DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA<sup>1</sup>

Erika Tatiana Robayo Quijano\*

Adriana Patricia Moncada\*\*

Lucía Zorany Murillo\*\*\*

Erika Tatiana Flórez Zambrano\*\*\*\*

Myriam Astrid Barreto Alturo\*\*\*\*\*

Robayo, Tatiana y otros. (2015). ANÁLISIS CRÍTICO DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA. Revista Opinión Pública, Año 2 Vol 2. Páginas 44 - 52

Recibido: Agosto de 2015

Aceptado: Noviembre de 2015

## Resumen

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud como las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Colombia, se encuentran relacionadas bajo una economía neoliberal, la cual evita la perspectiva de la atención al usuario como un sujeto activo de derechos, y lo convierte en un producto resultado de varios procesos administrativos tipo mecánico, es decir no de un humano complejo, caracterizado con la población colombiana. Lo anterior producido desde la apertura económica de la década de los noventas, como la creación de la Ley 100 de 1993; aunque durante el transcurso del tiempo se han generado varios intentos para la mejora de la atención en salud a los usuarios, no ha sido factible, dado al patrón original del Sistema General de Seguridad Social en Salud; lo que ha representado en un cadena de inconvenientes a nivel nacional; puesto que está en vía contraria con los esperado con los servicios, dado a que la salud debe ser un asunto neto del Estado y no a la delegación de estas acciones a entidades privadas como públicas a través de una continua competencia de libre mercado, representado en la medicina Prepagada y demás servicios adicionales sin tener en cuenta la conexidad con la vida.

**Palabras clave:** Deshumanización, Economía Liberal, Servicios de Salud, Positivismo en salud, Complejidad en Salud, Biopolítica

## Abstract

The health institutions like the health manager of benefits plans in Colombia, are related under a neo-liberal economy, which prevent the perspective of the user attention like a active subject of rights, but like a result of a few administrative process mechanic type, that is to say is not count the human been like a complex, characterized with de Colombian population. Therefore is produced form de economy

1 Trabajo de opción de grado para optar al título de técnica en administración de servicios de salud.

\* Estudiante IV semestre de Administración en Servicios de Salud de la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN. Erika. robayo@cun.edu.co

\*\* Estudiante IV semestre de Administración en Servicios de Salud de la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN. adrianan.moncada@cun.edu.co

\*\*\* Estudiante IV semestre de Administración en Servicios de Salud de la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN. Lucia. murillo@cun.edu.co

\*\*\*\* Estudiante IV semestre de Administración en Servicios de Salud de la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN. erika. flores@cun.edu.co

\*\*\*\*\* Estudiante IV semestre de Administración en Servicios de Salud de la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN. Myriam.barreto@cun.edu.co

opening in the 90's decade, like the creation of the Ley 100 of 1993; although over time have been generated several tries to get the improvement of the quality attention, but has not been feasible, given to the original patron of the General System of Social Health; what has represented in a change of troubles in a national level; as they are in a contrary way with the expected with the services, given to the health has to be an issue only of the State and no be delegated to the private and public entities through a continuo competition of the free market, represented in the pre – pay medicine another additional services, without the connectedness of live.

**Key words:** Dehumanization, Liberal Economy, Health Services, Positivism in health, complexity in health, bio politic.

---

## Introducción

Durante los cambios económicos, políticos, sociales y culturales evidenciados en el siglo XX desde la apertura de la línea liberal en los países occidentales, como el consenso de Washington, el cual obliga en cierta parte a la inclusión de Latinoamérica EN ciertas líneas económicas y políticas en la década de los 80's, siendo un factor relacionado en la globalización del país en conjunto con la redacción de la constitución política de 1991 en Colombia. La carta magna dispone que la atención en salud no se encuentra como un derecho fundamental, sino como un servicio público<sup>1</sup>, el cual permite un ambiente de libre mercado entre las entidades públicas y privadas desde la libre competencia de prestaciones de servicios.

Posterior a la construcción de la Constitución Política, se enmarca la Ley 100 de 1993, que busca la garantía de la atención en salud desde una política liberal representada desde el gobierno de Cesar Gaviria, a través de principios de solidaridad y universalidad; sin embargo no está acoplada con las necesidades de la población colombiana y está condicionada -en cierta medida- en la forma de pago para la pertenencia de un régimen contributivo; el cual también presenta un subsidio a los habitantes con dificultades económicas, representada en encuestas sociales como el SISBEN. Sin embargo se ha tratado desde diferentes reformas a la salud, el cual incluye y exige una calidad en la prestación de servicios a partir de la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad y participación entre cada uno de los actores relacionados en la prestación de los servicios en salud; pero el resultado ha sido contrario con la búsqueda de una humanización de la prestación desde las instituciones prestadoras de salud (IPS), las Entidades Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) y entidades territoriales o direcciones de salud.

Los esfuerzos estatales no han sido acordes a la política económica liberal o neoliberal actual, LA cual incluye la privatización de las entidades Y EN LA PRESTACION DE un servicio conexo al derecho a la vida desde una perspectiva positivista – mecánica; indicando la libre competencia entre cada uno de los actores, como la inclusión de procesos de mercado relacionado con productos industrializados en actividades asociadas con la atención de los humanos, el cual presentan acciones contrarias a la pragmática positivista y maquinicista con principios de cantidad y producción (Erdal, 2015).

El presente trabajo realiza un análisis crítico frente a las condiciones que pueden incidir en la deshumanización de los servicios involucrados en el sistema de salud en Colombia, partiendo desde los conceptos de la política económica y a práctica actual en cada uno de los servicios aplicados desde un enfoque mecánico, de la Biopolítica y positivista contrario a la dinámica y complejidad de los seres humanos.

## Política liberal y fronteras del mercado en la atención en salud

La inclusión de una política liberal de mercados en la atención y garantía de salud, obligatorio de un estado social, provee algunos inconvenientes no solo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sino que genera diversos resultados adversos en la búsqueda de ideales presentes en la Ley 100 de 1993; ya provee los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad unidad y participación. Sin embargo establece una agresión a la dinámica población ya que invade una acción social desde la aplicación basada principalmente la Teoría de mercado y del precio de mercado de los bienes de Adam Smith el cual indica el logro de un poder y

riqueza por parte de las instituciones privadas (Smith, 1776), convirtiendo la salud en un producto más no la potencialidad de la salud y bienestar humano.

Mientras que la economía social, utilizada en políticas contemporáneas europeas, teniendo en cuenta los principios de primacía de la persona y del objeto social por encima del capital social, adhesión voluntaria y abierta, control democrático ejercido por sus miembros, combinación de los intereses de los miembros usuarios y/o del interés en general, defensa y aplicación de los principios de solidaridad y responsabilidad, búsqueda del desarrollo sostenible y los servicios para los miembros y el interés general (Monzon Luis, 2010).

Por lo tanto la economía actual, adoptada desde la década de 1990 como resultado del Consenso de Washington como la apertura económica y globalización expuesto desde un aumento de las desigualdades sociales entre la pobreza y la riqueza por parte de Amartya Sen; exponen en cierta medida, algunas condiciones base en la generación de los servicios en salud, expuesto como un parte del libre mercado occidental, entiendo la salud no como la conexión directa con la vida sino como la relación en la prestación de atenciones en salud, lo que puede evidenciar a la persona como un humano o un organismo vivo de complejidad sino como un producto final de un proceso de economía occidental, lo que disminuye la calidad de la atención por parte de los profesionales regido en la reducción del tiempo disponible en el contacto con los usuarios, lo que genera mayor “cantidad” de pacientes con atenciones médicas.

## Biopolítica

Desde la perspectiva Marxista, que involucra el poder social frente al poder capital durante el siglo XIX, es imprescindible la consideración de la vida por parte del poder; por parte del Estado, como una especie de la estatización de lo biológico (Foucault, 2000), frente al ejercicio de poderes en la vida, se encuentran los procesos relativos a la mortalidad, natalidad, longevidad que anudan el interés de la Biopolítica; apareciendo con ella los informes de las causas de muerte, la descripción de los niveles socio – económicos de pertenencia como todas las

prácticas difundidas desde el estado para su control y adecuación de la salud (Avila Francisco, 2010).

Lo anterior puede estar relacionado frente a las líneas políticas creadas para el cuidado de la salud desde las normas nacionales como los protocolos de atención; es decir enmarca una serie de normas para el cuidado de patologías como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus o para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, sin tener unas premisas frente a la complejidad de los individuos, enfatizando en el positivismo de las ciencias de la salud para la atención a la población.

## Positivismismo en la praxis médica

El positivismo a diferencia del idealismo prima en las ciencias; desde el conocimiento de las leyes causales y el control que ejercen sobre estos hechos iniciado por Comte, aplicando este campo también a la sociedad, esto permite el surgimiento de la certidumbre de muchos sucesos en la biología y fisiología del hombre<sup>2</sup>, el cual establece la reducción de los inconvenientes solo a la simple función de los sistemas vivos (CNICE, 2015).

Aunque la línea positivista generó cambios en la ciencia, desde el descubrimiento de antibióticos y una amplia explicación en las enfermedades infecciosas, aún queda corta en el momento de generar conceptos relacionados con otras patologías como de origen mental, adaptación a la discapacidad como la aparición de nuevas divergencias como la Diabetes, Hipertensión Arterial como las complicaciones de las mismas, esto es importante dado a que Colombia cuenta con un perfil de transición demográfica, que abarca desde la presencia de zonas endémicas y condiciones de pobreza asociadas a la tuberculosis, lepra y leishmaniasis como la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, por lo tanto la aplicación de la praxis positivista limita las realidades nacionales y per se las necesidades de la sociedad actual, dificultando el entendimiento en la relación médico – paciente frente a su salud – enfermedad.

Así mismo, el país cuenta con dinámicas poblacionales de constante cambio, tales como situaciones de conflicto armado, altas tasas de violencia intra-

2 Entiéndase Hombre, la inclusión de mujeres y hombres

familiar e interpersonal, altos niveles de pobreza como una concentración de riquezas, disminución en la calidad de la educación formal e informal, multiculturalidad y pluralidad de pensamientos, imaginarios y creencias; lo que no solo es el humano desde el concepto social sino como un sujeto activo en un tejido social, lo que no solo la definición microbiológica juega un papel en la historia natural de la enfermedad, sino un complejo de interacciones sociales, culturales y de creencias en cada una de las atenciones en salud.

## Cuidado en la salud

Frente al cuidar, se representa como la movilización de las capacidades del ser humano en el proceso de vida – muerte, en estado de salud o enfermedad, teniendo en cuenta sus costumbres, con el objeto de lograr el desarrollo de su capacidad de vivir o de suplir la alteración biopsicosocial. Esto implica acercarse con una actitud ética de apertura, de sensibilidad y de responsabilidad ante las propias experiencias y de allí si aplicar los conocimientos y habilidades. Es decir que la importancia de generar el cuidado no es de solo forma mecánica, empleada desde las bases políticas y económicas del país, sino ampliar las funciones desde las Instituciones en un cambio normativo de actividades (Muñoz Yolanda, 2015).

La humanización de los servicios en salud, se cuenta con la comprensión del complejo humano y no con la limitación de un síndrome biológico, el cual está asociado actualmente los servicios en salud y la forma en la prestación en los servicios.

Asimismo humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta frente a la de la sociedad y en el ámbito de la salud. Cuando los usuarios y sus necesidades nos llevan a diseñar políticas, programas y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.

El ser humano tiene necesidades desde que nace hasta su muerte, y así como cada individuo es diferente de los demás, son diferentes las necesidades, desde la infancia hasta la vejez. Estas necesidades son una realidad que no puede pasar desapercibida. Es por eso que una de las responsabilidades de las

Instituciones que prestan servicios de salud es el de mejorar el nivel de vida de cada individuo prestando una buena atención.

## Atención del paciente

La atención del paciente debe estar asociado de forma primordial con el Respeto e igualdad de trato, incluido desde el siglo XX en los derechos humanos en la postguerra, con el concepto de equidad humana; y por parte de la profesión médica en la Declaración de Ginebra, QUE MENCIONA "... No permitiré que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente (Pelaez, 2015)."

Adicional a lo anterior, se encuentra El Código Internacional de Ética Médica de la AMM indica que la única razón para terminar la relación médico-paciente es si el paciente necesita otro médico con conocimientos distintos: *"El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia"*.

Asimismo se reafirma la comunicación y el consentimiento, el cual el paciente tiene derecho de tomar decisiones sobre su salud desde la declaración de AMM, el cual refiere:

*"El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación con su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento."*

Lo anterior debe tenerse en cuenta, con la relación médico<sup>3</sup> – paciente, dentro de este último como un sujeto activo, un individuo con derechos enmarcado desde la política internacional como nacional, desde sus condiciones sociales, económicas y de educación;

3 Entiéndase como relación profesional de la salud - paciente

y a través de la cultura, etnia y creencias para lograr una efectiva asistencia en salud.

## Normatividad nacional

### Ley 23 de 1981 – Código de ética

EN 1981, LA LEY 23 dicta normas sobre la Ética Médica aplicable a los profesionales de la salud que ejercen su profesión en Colombia, MENCIONANDO ENTRE DIVERSOS ITEMS QUE “La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político o religioso. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”<sup>4</sup>.

IGUALMENTE INDICA QUE PARA LA PRACTICA DE LA MEDICINA, La relación médico-paciente es el elemento primordial, Y Para que ESA relación tenga éxito, debe CIMENTARSE en un compromiso responsable, leal y auténtico, IMPONIENDO ASI LA estricta reserva profesional. Pero las instituciones que hacen parte del sistema de seguridad social en salud deben implementar y entregar herramientas a los trabajadores que conlleven a prestar un trato digno y respetuoso a los ciudadanos de Colombia”<sup>5</sup>.

**POSTERIORMENTE, EN 1991, Constitución Política de Colombia RECONOCE DENTRO DE LOS** derechos fundamentales: el derecho a la vida, derecho a la información, a la participación e igualdad. **REFORZANDO CON ESTO...EN 1993, LA LEY 100 DA PASO AL** sistema de seguridad social integral, **EL CUAL DEBE** garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad **EN PRO DE LA** calidad de vida, **A TRAVES DE** la protección de las **SITUACIONES** que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico en salud”<sup>6</sup>.

### Ley 1122 de 2007

La Ley 1122 de 2007 es la primera reforma en la salud desde 1993, el cual enfatiza en el mejoramiento en la prestación de los servicios en salud; desde los programas de salud pública, como una mayor exigencia en las funciones de inspección, vigilancia y control, como en funcionamiento de redes para la prestación de los servicios de salud.

“Tiene como objetivo realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos, de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento de la prestación de los servicios de salud, fortalecimiento de los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de los servicios de salud”<sup>7</sup>.

La primera reforma a la salud no presenta una inclusión de la población y de los grupos ciudadanos de cada esfera, para la exposición de la atención en salud en cada una de las IPS, asimismo refiere la red de prestación de servicios en salud; sin embargo enfatizando la definición de redes del físico Duncan Watts, la red referida no cumple con las condiciones, ya que en ellas no hay vínculos ni nodos de conexión (Watts, 2006), ya que las instituciones prestadoras están fragmentadas de la realidad y necesidad de los ciudadanos, generando como resultado la deshumanización de los servicios, puesto que se está realizando de formas contrarias.

### Ley 1438 de 2011

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad.

“El Sistema General de Seguridad Social en Salud está orientado a generar condiciones que protejan

4 Art. 1 de la Ley 23 de 1981 – Código de Ética

5 Art. 4 de la Ley 23 de 1981 – Código de Ética

6 Art. 1 Ley 100 de 1993

7 Art. 1 Ley 1122 de 2007

la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población”<sup>8</sup>.

Esta Ley modifica el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 en cuanto a los principios del sistema general de seguridad social en salud, así:

**Igualdad.** El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

**Calidad.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

**Eficiencia.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población”.

**Prevención.** Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y a la prestación de los servicios de salud.

**Continuidad.** Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.

### Ley estatutaria 1751 de 2014

Esta Ley elevó la salud al nivel de derecho fundamental autónomo y da pautas para regularlo y prolonga la constitución Política de Colombia, siendo ésta una norma de rango superior a las otras leyes que usualmente se tramitan en el Congreso de la República.

Como se trata de un derecho fundamental, significa que la salud, entendida como la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico,

el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, debe ser garantizada, bajo responsabilidad del Estado, a todas las personas, sin distinción de ninguna naturaleza.

A partir de la expedición de la Ley 1751, la salud de la gente está por encima de cualquier consideración, y todas las instituciones del sector tienen que ajustarse para cumplir con este precepto. En ese orden de ideas, no pueden negarle la atención a una persona, imponerle demoras y trabas o esgrimir razones económicas para no prestarle servicios.

No lo que quiera, sino lo que necesite para recuperarse, sin incurrir en excesos ni abusos. El sistema garantizará lo justo, determinado por el criterio de los médicos, quienes deben, en esta materia, actuar con ética y autorregularse, para no poner en riesgo los recursos del sistema, que no son infinitos y pertenecen a todos los colombianos.

### Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados”<sup>9</sup>.

Esta norma incluye principios básicos para el cumplimiento y evaluación de los servicios en salud, dando cumplimiento a la calidad de atención, siendo:

**Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

8 Art. 2 Ley 1438 de 2011

9 Art. 3 Decreto 1011 de 2006

**Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

### Resolución 13437 de 1991

Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

“Adoptar como postulados básicos para propender **por la humanización en la atención a los pacientes** y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas” y se presentan los diez derechos de los pacientes”.

### Discusión

Con base en los apartados anteriores, se evidencia la prestación de los servicios en salud desde un libre mercado y no como un asunto realmente social; esta premisa permite establecer las acciones presentes dentro de las entidades en salud, como la prestación de servicios como productos; representados desde la revolución industrial, es decir, la búsqueda constante del aumento de la cantidad de usuarios atendidos, sin el entendimiento de la calidad en la salud desde la articulación de cada uno de los actores.

Así mismo, esto permite una fragmentación del ser humano desde lo biológico, y no lo concibe desde su complejo social y las diferentes realidades sociales donde el sujeto está involucrado; adicionalmente, los profesionales de la salud fueron establecidos de una forma mecánica, desde el cumplimiento de citas asignadas o usuarios atendidos, lo que no permite el acercamiento realmente al ciudadano y a su contexto.

De igual manera, las mismas políticas económicas establecidas desde la década de los noventa, ha obligado a las Instituciones prestadoras en salud y a las EAPB en un continua competición en el mercado, estableciendo diferentes opciones mercaderías en un campo que debería ser totalmente social y responsabilidad del Estado; es decir se ha pasado desde un aseguramiento hasta la prestación de servicios prepagados con una Plus Valía, es decir un excedente de un valor (de fundamento social) creado más allá de la fuerza de las instituciones (Ostrovitianov, 1929) en cada uno de ellas, el cual provee una mejor atención al usuario con alta capacidad de pago; a diferencia de un sujeto perteneciente al régimen subsidiado; es decir este primero recibe una atención con calidad, mientras que el segundo tiene límites frente a la supuesta calidad exigida.

Además aunque desde la última reforma a la salud, iguala de alguna forma los planes de beneficios entre la prestación en el régimen contributivo como subsidiado y aquellos que reciben medicina Prepagada dado a su capacidad de pago. Adicional, a esto la relación entre médico – paciente, es de una forma limitada, este primero en su mayoría, se representa como el sujeto de gran conocimiento, mientras que el segundo es quién no tiene aparentemente relación frente a un poder de información; generando en ocasiones el trato impersonal e intolerante hacia usuarios con distintas necesidades o realidades; el cual estas últimas son importantes para entender el mundo real de los sujetos de atención en salud. Esto puede suceder por varias opciones, la primera el ejercicio de poder dado a una formación previa en salud, el tipo de formación de cada uno de los profesionales, el desinterés por lo social y mayor importancia por lo económico; es decir vuelve a jugar la política económica neoliberal en las acciones.

Adicional, se considera la ciencia aplicada en el país, como un principio reduccionista y positivista, el cual en distintos países como Inglaterra o Francia apropiaron mecanismos de mayor complejidad, en conjunto con el uso de incentivos a los profesionales de la salud, sin la evaluación de cantidad sino calidad, a partir del mejoramiento del estado de bienestar de cada uno de los sujetos (National Health Service, 2015), brindando desde la responsabilidad de los ciudadanos por el cuidado en la salud como en cada una de las instituciones sin la representatividad de competencia de cada una de ellas como lo plantea las políticas neoliberales de lo privado y lo público.

Además, este concepto positivista y reduccionista en las ciencias de la salud, fragmenta las necesidades de los ciudadanos y no permite la vinculación entre pacientes e instituciones o personal de la salud; puesto que la causalidad solo explica una pequeña parte de los problemas en el estado de bienestar (principalmente enfermedades infecciosas) pero no permite destacar realmente las actividades requeridas a establecer en cada uno de los actores en salud, generando en alguna medida el distanciamiento en las acciones establecidas en cada una de las normas, como la generación de políticas reales funcionales de política en salud.

Todo lo anterior descrito brinda como resultado la imposibilidad de generar acciones realmente humanizadas dado a que no hay entendimiento de la problemática del otro, desde el respeto y valoración de la misma. En conjunto de las demoras en las citas o en tratamientos en salud requeridos dado a una perspectiva mecánica del sistema, el cual debe cumplir los requisitos explícitos e implícitos de la normatividad para su ejecución, lo que genera inconformidad, angustia y discusiones no solo en el sujeto sino también es su entorno o red social (familia, trabajo, educación, etc.).

---

## Referencias Bibliográficas

- Ávila Francisco, A. C. (2010). El Concepto de la Biopolítica en Michael Foucault.
- Ceballos, P. (2010, 22 de marzo). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Concepción – Chile. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004)
- CNICE. (09 de 05 de 2015). CNICE. Obtenido de <http://concurso.cnice.mec.es/cnice2006/material003/Recursos%20Materiales/Terminos/Positivismo.pdf>
- Constitución Política de Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Título II De los Derechos, las Garantías y los Deberes. Capítulo 2 De los Derechos Sociales, Económicos y Culturales (Art. 48 y 49).
- DefiniciónDeConceptos.com <http://deconceptos.com/ciencias-juridicas/dignidad-humana#ixzz3UgpV692J>  
// revista de derecho, universidad del norte, 40: 198-225, 2013 ISSN: 0121-8697 (impreso) • ISSN: 2154-9355 (on line).
- Erdal, Y. (09 de 05 de 2015). Yeditepe. Obtenido de <https://www.yeditepe.edu.tr/dotAsset/74101.pdf>
- Ministerio de Educación Nacional (1981). Ley 23 de 1981. Código de Ética.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Decreto 1011 de 2006.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). Modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ley 1122 de 2007.
- Ministerio de Salud. (1991). Comités de Ética Hospitalaria. Resolución 13437 de 1991.
- Monzón Luis, C. R. (2010). Economía Social en la Unión Europea. CIRIEC.
- Muñoz Yolanda, C. R. (09 de 05 de 2015). FUCS SALUD. Obtenido de FUCS SALUD: <http://repertorio.fucsalud.edu.co/repertorio/pdf/vol18-04-2009/7-SIGNIFICADO.pdf>.
- National Health Service. (09 de 05 de 2015). NHS. Obtenido de NHS: <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>.
- Olarte, C. (2011, 04 de diciembre). Soluciones de la humanización en salud en la práctica diaria. Enfermería universitaria. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632012000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632012000100006&script=sci_arttext).
- Ostrovitianov, L. (1929). El Capital, Conceptos Fundamentales. Manual de Economía Política.
- Senado de la República. (1993). Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993.
- Smith, A. (1776). Riqueza de las naciones. England.
- Watts, D. (2006). Seis Grados de libertad.