



No. 07

Marzo 2020

ISSN 590-9088

Documentos de Trabajo

**Capacidades para la salud.
Historias de pacientes desde el desarrollo
humano.**

Autora:

Isabel Cristina Vásquez Ángel

Capacidades para la salud. Historias de pacientes desde el desarrollo humano.

Documentos de trabajo

No. 07

Edición electrónica

Marzo 2020

© Universidad de los Andes 2020

Jairo Santander Abril

Director de trabajo

Centro de Estudios Interdisciplinarios sobre Desarrollo, Universidad de los Andes

Cider - Centro Interdisciplinario de Estudios Sobre Desarrollo

Carrera 1 No. 18-A-10, Bloque Pu

Bogotá, D.C., Colombia 117111

Teléfonos: 3394949, 3394999, extensiones 2664 - 2665

<http://cider.uniandes.edu.co>

Nathalia Franco Borrero

Directora del Cider

Roger Rossi Ballesteros

Gestor de Comunicaciones del Cider

Angie Lorena Morales González

Practicante de Comunicación del Cider

Documentos de trabajo

Los documentos de trabajo presentan resultados parciales de investigaciones o consultorías, ensayos y reflexiones académicas, y ponencias presentadas en eventos académicos, que profesores(as) e investigadores(as) del Cider presentan para su divulgación y discusión. Tienen una extensión mínima de 2,000 palabras y una estructura libre. Pueden publicarse en español u otros idiomas. Su público objetivo son académicos, estudiantes y profesionales interesados en las diferentes líneas de investigación del Centro. Los documentos de política no han sido evaluados por pares anónimos; su publicación es estudiada y aprobada por el Comité Editorial del Cider.

Este documento refleja exclusivamente la opinión de sus autores. No pretende representar el punto de vista de la Universidad de los Andes. El contenido de la presente publicación se encuentra protegido por las normas internacionales y nacionales vigentes sobre propiedad intelectual, por tanto su utilización, reproducción, comunicación pública, transformación, distribución, alquiler, préstamo público e importación, total o parcial, en todo o en parte, en formato impreso, digital o en cualquier formato conocido o por conocer, se encuentran prohibidos, y solo serán lícitos en la medida en que cuente con la autorización previa y expresa por escrito del autor o titular. Las limitaciones y excepciones al Derecho de Autor solo serán aplicables en la medida en se den dentro de los denominados Usos Honrados (Fair Use); estén previa y expresamente establecidas; no causen un grave e injustificado perjuicio a los intereses legítimos del autor o titular; y no atenten contra la normal explotación de la obra.

* “Los documentos de trabajo son documentos preliminares de carácter técnico o científico. Usualmente los autores elaboran documentos de trabajo para compartir ideas acerca de un tema o para recibir realimentación previa a una presentación formal con la comunidad científica o para publicar en una revista científica” (Colciencias. 2015. Modelo de Medición de Grupos de Investigación 2015, p. 51).

Tabla de contenido

Introducción.....	7
1. CONCEPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.....	10
2. DESARROLLO HUMANO Y <i>CAPACIDADES PARA LA SALUD</i>	14
2.1 Sectores para el cuidado de la salud.....	16
3. METODOLOGÍA.....	18
3.1 Recolección de datos. Observación participante y entrevistas en profundidad.....	18
3.2 Interpretación. Análisis.	20
4. HISTORIAS DE PACIENTES.....	20
4.1 Al final de la vida.	20
4.2. Una enfermedad mental.	26
4.3. Perder un bebé.....	29
4.4. El inicio de la vida. Partos y nacimientos	31
La historia de S.....	31
La historia de A.....	33
La historia de M.....	33
La historia de J.	34
5. CONCLUSIONES: OPORTUNIDADES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD COMO CAPACIDAD.....	36
5.1. La relación médico paciente y el médico tratante.....	36
5.2. Saberes complementarios	38
6. RECOMENDACIONES	40
Referencias.....	43

Resumen

La salud es un factor determinante en el desarrollo de una sociedad y los sistemas de salud son la estructura que los países han adoptado para cubrir las necesidades de su población. La atención del sistema en Colombia se ha enfocado en la prestación de servicios, limitando el rol del paciente al de un receptor pasivo de prestaciones y disminuyendo la posibilidad de los individuos para ser agentes de su propia salud. Desde el enfoque del desarrollo humano y de las capacidades, esta investigación identifica algunos factores del sistema que inciden en las capacidades para la salud de las personas. A través de historias de vida de pacientes, se comprende el concepto de capacidades para la salud y se proponen algunas oportunidades para ampliar la libertad de los individuos en un escenario tan importante como el de la salud, que a su vez redunden en un sistema más eficiente.

Palabras clave: Capacidades para la salud, salud, sistema de salud, desarrollo humano.

Abstract

Health is a determining factor in the development of a society, and health systems are the structures that countries have adopted to meet the needs of their population. The system's attention in Colombia has focused on the provision of services, limiting the patient's role to that of a passive recipient of benefits and reducing the possibility of individuals to be agents of their own health. From the human development and capabilities approach, this research identifies some system factors that influence people's health capabilities. Through the life stories of patients, the concept of health capabilities is better understood, and some opportunities are proposed to extend the freedom of individuals in such an important scenario as health, which in turn can result in a more efficient system.

Keywords: Health capabilities, health, health system, human development.

Introducción

Quiero comenzar contando la experiencia personal que determina el contexto de este trabajo y su abordaje. Estudié medicina por una profunda identificación con el sufrimiento humano en la enfermedad. Esto me llevó a buscar el conocimiento médico como una forma de actuar frente a ese sufrimiento. En 1999, durante mi último año en el colegio, tuve la oportunidad de hacer una práctica en la Clínica del Dolor, un pequeño consultorio para acompañar pacientes con diagnósticos de enfermedades terminales que atendía el Dr. Óscar Velásquez en el Hospital San Vicente de Paul de Medellín. Allí, el Dr. Velásquez acompañaba sabiamente a los pacientes y a sus familias en el manejo del dolor y de los síntomas incómodos causados por las enfermedades terminales y por los tratamientos utilizados para combatirlas. El Dr. Velásquez ayudaba a los pacientes a tomar las decisiones que ellos mismos querían tomar al final de la vida a través de un ejercicio de escucha atenta y comprensiva. Recuerdo el caso de un hombre mayor, procedente de un pueblo del nordeste antioqueño, que estaba confinado en un albergue de la ciudad y sometido a una quimioterapia paliativa debido a un cáncer de pulmón por su condición de fumador severo. Tras una prolongada consulta, el Dr. Velásquez y el paciente llegaron a la conclusión de que este tratamiento y su estadía en la ciudad, lejos de la familia y de los seres queridos, estaba afectando profundamente su condición emocional y su deseo de vivir. Concluyeron que, de continuar con el tratamiento, más temprano que tarde, vendría una muerte solitaria en el hospital. Ante la pregunta del Dr. Velásquez sobre cuál era su deseo para terminar la vida, el hombre manifestó querer regresar a su pueblo y continuar viviendo hasta donde fuera posible al lado de los suyos. Así lo hizo. Con el acompañamiento del Dr. Velásquez, este hombre pudo hacer una elección vital para terminar su vida con dignidad.

Esta experiencia marcó rotundamente mi vocación por la medicina. Ingresé a la carrera en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en el año 2000 y, una vez me encontraba en el último año, quise regresar a la Clínica del Dolor para hacer un mes de práctica. El Dr. Velásquez ya no estaba y me encontré con una situación bastante diferente. La clínica tenía un enfoque técnico de los procedimientos paliativos y la concepción filosófica de escucha y comprensión humana había dado paso a un abordaje instrumental de los tratamientos. Los pacientes eran sometidos a constantes intervenciones que llevaban a su vez a otras intervenciones en el marco de principios terapéuticos basados exclusivamente en protocolos médicos. La medicina técnica siempre tiene algo que ofrecer y esta potencialidad era allí exprimida hasta el último recurso. La incertidumbre de los pacientes ante la enfermedad y su condición de ingresados al sistema no dejaban margen alguno para la toma de decisiones que no fueran estrictamente basadas en protocolos médicos en aras de combatir la enfermedad y sus síntomas. Las consultas eran rápidas y efectivas para lograr aplicar los protocolos y tratamientos, pero nadie se tomaba el tiempo de escuchar y conocer a los pacientes y a sus familias para dar lugar a sus deseos vitales. Esta nueva dinámica en la Clínica del Dolor se enmarcaba en la prestación de servicios de salud a partir de la eficacia técnica, pero perdía sentido, por un lado, en términos humanos dada la poca posibilidad que tenían los pacientes de decidir sobre su vida y de ser agentes de su propia salud; y, por otro lado, económicos, al demandar mayores recursos.

Desde ese entonces me pregunto si es posible que la atención en salud les permita a las personas mantener la libertad para ser los autores de sus vidas a través de formas más comprensivas y más humanas de relación con los médicos, en el contexto del sistema de salud en Colombia.

A partir de historias relacionadas con diferentes momentos que marcan la relación de las personas con los médicos y el sistema, este trabajo evidencia los retos de esta relación, no solamente en los términos humanos de cada vida individualmente considerada, sino en los términos del desarrollo de una sociedad y sus mecanismos de organización.

Los debates y las leyes en el terreno de la salud en Colombia se han enfocado en el derecho a la atención y el acceso a los servicios. Que el énfasis esté puesto en la atención y en el acceso a servicios, descarga en el sistema toda la responsabilidad de la salud y esto es algo que resulta problemático al menos en dos sentidos. Por un lado, genera una presión sostenida y permanente que aumenta los costos de la atención a niveles ilimitados en cuanto al desarrollo de la tecnología y los avances de la medicina que deben emplearse para atender a una población cada vez más vulnerable. Y, por otro lado, al hacer que la población reduzca su concepción de salud al ámbito de la atención como recepción de prestaciones, disminuye sistemáticamente las *capacidades* de las personas. De esta manera se configura una especie de círculo vicioso que demanda cada vez más recursos para la atención y, al mismo tiempo, crea una población cada vez menos calificada para afrontar la salud con base en la libertad, la autonomía y la elección de posibilidades diversas y complementarias para su cuidado.

En este trabajo, la teoría del desarrollo humano desde la libertad ofrece un marco propicio para enriquecer la manera cómo la salud se piensa actualmente desde la prestación de servicios médicos y aportar ideas para el debate sobre la organización del sistema de salud. A partir de esta comprensión, se propone pensar la salud como un espacio que puede favorecer la libertad y dignidad de los individuos a través de la creación de oportunidades para la salud. Desde la persona que busca atención en salud, y en el marco del sistema colombiano, se evidencia que hay situaciones y estructuras que les impiden a las personas realizar su *capacidad para la salud*. Este concepto se refiere a la habilidad de los individuos para lograr funcionamientos en salud y la libertad de obtener esos funcionamientos (Ruger, 2010a, p. 81).

El presente trabajo se enmarca en los debates actuales de la organización del sistema de salud en Colombia para aportar, desde los discursos del desarrollo, a una comprensión de la salud que permita ver al individuo más que como un receptor pasivo de servicios en salud, como un agente de su propia vida. A partir del diálogo con pacientes y sus familias, el objetivo general de este trabajo es identificar factores del sistema de salud que inciden en las posibilidades de las personas en cuanto a realizar capacidades para la salud. Y, en este sentido, es importante la pregunta: ¿Qué factores del sistema de salud limitan o favorecen las capacidades para la salud de las personas?

La posibilidad de entender la enfermedad y el cuidado del cuerpo de diferentes maneras que le permitan a las personas tomar decisiones libres sobre su salud es el funcionamiento que se aborda en este trabajo, considerando que el valor primordial es la libertad de elección. Esto supone un gran reto para las personas, por un lado, porque implica la responsabilidad de ser libres y no delegar el cuidado de su salud en un sistema de salud y en los médicos. Por otro lado, para las políticas públicas que determinan los contextos, es un reto en la medida en que estas deben favorecer las alternativas y oportunidades para que las personas puedan elegir.

El enfoque de capacidades proporciona una alternativa a las visiones económicas para evaluar el bienestar, desde la habilidad de los individuos para lograr valiosos funcionamientos en la vida (Ruger, 2010a). Este paradigma se enmarca en el desarrollo humano como discurso del desarrollo y lo que se busca con este abordaje es conceptualizar la salud para pensarla desde una perspectiva más amplia que supere la alta demanda de recursos destinados a la atención de la población debida, en parte, a la mirada netamente biomédica de la salud y la enfermedad.

En un país como Colombia, tan diverso culturalmente, en donde puntos de vista tradicionales se entrelazan con los de la medicina moderna impregnando la cotidianidad, es importante ver cómo los individuos viven la atención en salud. Conceptualmente, el marco de las *capacidades* permite analizar las condiciones que facilitan y las barreras que impiden las capacidades para la salud, y la habilidad de las personas para hacer elecciones en este ámbito (Ruger, 2010b, p. 42).

Esta investigación se construye a partir de un método inductivo, en el cual las historias de pacientes ponen a prueba y complementan un marco analítico. Las historias permiten identificar características y estructuras del sistema de salud y de la sociedad en general, que impiden o mejoran los funcionamientos y la agencia en salud de las personas.

Lo principal que es fundamental rescatar del enfoque de capacidades es el valor de defender las oportunidades como ámbitos de elección. La salud se piensa frecuentemente desde una perspectiva paternalista donde las personas no pueden reconocer lo que es bueno para ellas. El enfoque de capacidades pone un gran énfasis en la noción de dignidad humana y de vida humana digna (Nussbaum, 2012, p. 50). Del énfasis en la dignidad se desprende necesariamente la noción de políticas que protejan y apoyen la agencia, entendida como la capacidad de acción del individuo, en vez de otras que infantilicen a las personas y las traten como receptoras pasivas de prestaciones (p. 50). En este sentido, la labor de la atención en salud no es limitar las opciones de las personas, sino expandirlas en nombre de vivir una vida que valga la pena (Gawande, 2014).

Las personas están continuamente buscando cosas que hagan significativa su vida. El campo de la salud es uno de los espacios donde la vida puede ser significativa o volverse miserable. Cada persona tiene formas de enfrentar el cuidado de su salud y los diferentes momentos de su vida en los cuales requiere atención por parte de un sistema de salud. Acercarse a la salud desde el enfoque de capacidades, puede ser especialmente enriquecedor para que, desde la salud, sea posible ampliar las oportunidades que tienen las personas para funcionar.

Una intención de este trabajo se vería lograda si las personas pueden identificar aquí situaciones y elementos que les permitan relacionarse de una manera más comprensiva con su cuerpo cuando reciben atención por parte del sistema de salud. Esto es, la atención que se ha establecido en el sistema de salud a partir de la medicina técnica tiene un margen y una posibilidad de acción frente al cuidado del cuerpo, entonces cuando una persona accede al sistema de salud para recibir atención debe poder discernir y pensar para elegir con todos los elementos que tenga a su alcance con relación a las intervenciones y tratamientos disponibles. Y en últimas, lo que esto posibilita es que a través de una relación más comprensiva de las personas con su cuerpo el sistema de salud sea más eficiente.

Este trabajo, más allá de lo que las historias revelan desde el punto de vista humano e individual, plantea tres esferas de comprensión que pueden contribuir al debate sobre la salud en Colombia. A nivel teórico, facilitará la integración y apropiación del concepto de capacidades en el ámbito de la salud, algo que si bien está hoy en día por fuera del debate podría constituir una fuente de renovación del mismo. Por otro lado, comprender el sistema de salud más allá de la atención y considerar la agencia en salud de los individuos como un factor relevante para la profundización y mejoramiento del propio sistema, puede redundar en transformaciones reales. Un tercer nivel de comprensión que este trabajo puede ofrecer es la posibilidad de abrir una serie de propuestas de política pública que habría que considerar a la luz de lo expuesto.

Este trabajo está estructurado en seis capítulos. Los primeros dos capítulos son el marco analítico del trabajo, en los cuales se abordan el sistema de salud en Colombia y las nociones de desarrollo humano y capacidades, con el fin de identificar los elementos que intervienen en la investigación y enmarcar la interpretación de los resultados y las conclusiones. En el tercer capítulo se explica la metodología cualitativa empleada en la presente investigación basada en un método inductivo a partir de historias de pacientes. Posteriormente, se presentan las historias de pacientes y en el capítulo quinto la interpretación de los resultados en donde se identifican las oportunidades para el funcionamiento de capacidades. Al final, se presentan algunas recomendaciones para llevar a cabo las oportunidades identificadas.

1. CONCEPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Hace poco menos de 100 años, las patologías para las cuales la medicina tenía algo que ofrecer eran muy escasas. Por esto, la atención en salud era de bajos costos y poco efectiva en términos operativos. Hoy en día, la complejidad que los avances técnicos han traído a la atención en salud y a la práctica médica son enormes. Se podría decir que, actualmente, hay siempre algo o mucho por hacer desde el diagnóstico y el tratamiento, hasta la rehabilitación y la paliación. Dado lo anterior, los países se han ocupado de estructurar los denominados sistemas de salud a través de los cuales se atiende a la población.

La manera como se comprenden los conceptos de salud y enfermedad determina las acciones que una sociedad dirige para el cuidado de salud de la población y, por ende, ayuda a configurar las lógicas y estructuras del sistema. Para enfocar la definición de estos conceptos es fundamental acudir a la medicina como el estudio del cuerpo humano en donde se establecen las normas en cuanto a lo normal y a lo patológico. La medicina es una labor que se encuentra entre una técnica y un arte en donde confluyen muchas ciencias, más que una ciencia propiamente dicha (Canguilhem, 1971, p. 11).

La medicina antigua era principalmente contemplativa en su terapéutica y basada “en una correspondencia entre el orden del cosmos y el equilibrio del organismo, que se expresa en un poder natural de corrección de desórdenes que aplica una terapéutica expectante y de sostén” (Canguilhem, 2005, p. 73). La medicina técnica, que ha derivado en la medicina moderna, aparece históricamente durante los siglos VI y V a. c. en la antigua Grecia con la denominada medicina hipocrática (Buzzi y Doisenbant, 2008). A partir de este momento lo que define la práctica médica es el saber razonado basado en elementos concretos con rigurosidad metodológica (Buzzi y Doisenbant, 2008, p. 2). Entonces aparece la medicina moderna, que es

operativa y se basa en sistemas de conocimiento como la química y la mecánica con el fin de generar productos terapéuticos capaces de ejercer una acción no imaginaria sobre el cuerpo (Canguillhem, 2005). De esta manera, los hipocráticos fueron los primeros en incorporar la técnica a la medicina, donde lo determinante no son los resultados de los procedimientos, ni la efectividad, ni el ajuste a la verdad, sino la metodología con la que se construye el sistema conceptual (Buzzi y Doisenbant, 2008, p. 2).

El descubrimiento de la célula, las bacterias, el desarrollo de técnicas antisépticas, la integración de la química con la fisiología y de la patología con la terapéutica le permitió a la medicina compartir con la ciencia una forma segura de conocimiento (Wear, 1992, p. 10). Es a partir de los saberes basados en ciencias exactas que se empiezan a fijar las normas con relación a las funciones vitales de los tejidos y de los órganos, permitiendo a la medicina identificar cada vez con mayor certeza las fallas del cuerpo que desencadenan las enfermedades. La importancia de la fisiología y la patología radica en que posibilitan a la medicina diagnosticar las enfermedades para establecer una terapéutica. Así, en los siglos XX y XXI la medicina se concentra en el estudio de las enfermedades con fines terapéuticos (Buzzi y Doisenbant, 2008). Sin embargo, una de las consecuencias que el énfasis de la medicina en el conocimiento técnico ha tenido es que se ha concentrado en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, dejando de lado el cuidado que va más allá de estos; entendido como la posibilidad de acompañar la experiencia del dolor y el sufrimiento, las victorias y las decepciones que se viven durante las enfermedades y los tratamientos (Kleinman, 2019, p. 28).

El objetivo central de un sistema de salud es el cuidado de la salud de la población, y secundariamente la reducción del riesgo financiero de las personas ante problemas de salud (Hsiao, 2000). Hoy en día “el concepto de sistemas de salud abarca todas las organizaciones, instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud” (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. xiii). A su vez, la Organización Mundial de la Salud establece que los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales. El primero es mejorar la salud de la población a la que sirven. El segundo, responder a las expectativas de las personas en el sentido de ser tratados con dignidad. Y, en tercer lugar, los sistemas de salud deben brindar protección financiera contra los costos de la mala salud (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 9).

Los anteriores objetivos de los sistemas de salud han derivado en diferentes formas de afrontar la salud de la población por parte de los países. En Colombia, la Constitución trazó los lineamientos generales para el sistema de seguridad social y en 1993 la Ley 100 determinó la manera cómo este sistema se organizaría. Uno de los mayores logros de la implementación de la Ley 100 ha sido el aumento de la cobertura del aseguramiento en salud. El aseguramiento en salud aumentó debido a que es el eje del Sistema General de Seguridad Social y es obligatorio a partir de la Ley 100. Lo que ha resultado entre la formulación y la implementación de la Ley 100 es que ha aumentado la cobertura de servicios médicos para la población alcanzando un 95% en el año 2019¹. Este logro de mayor cobertura en salud es, sin duda, un punto de partida fundamental para mejorar la situación de salud de la población colombiana.

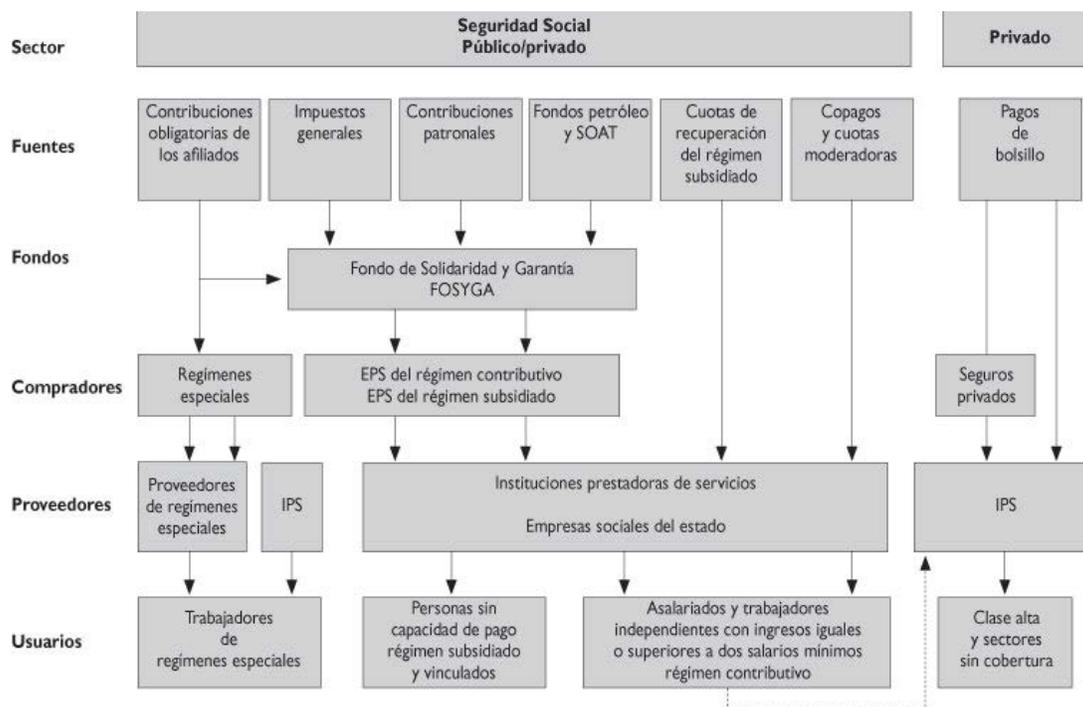
Sin embargo, este cubrimiento no ha garantizado el acceso efectivo a los servicios, el cuidado de la salud de la población y el trato digno de las personas. De esta manera, las tensiones entre la afiliación y el acceso efectivo a la atención en salud, han llevado a que en Colombia el derecho a la salud se judicialice y la tutela se

¹ Cifra tomada de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

haya convertido en una de las principales herramientas para el acceso a un fármaco o a un servicio médico (Lamprea, 2011). La consecuencia del litigio sobre el derecho a la salud ha sido el crecimiento del gasto público por medicamentos y demás servicios ordenados por jueces de tutela y por Comités Técnico Científicos (Lamprea, 2011, p. 84). Entonces, la mejora de la salud de las personas como objetivo primordial del sistema se desdibuja en las pujas por la demanda de servicios a los proveedores cuando acaece la enfermedad. Esta forma de acceder a la atención ha permeado la idea que tienen las personas sobre el cuidado de su salud, llevándolas a demandar servicios, medicamentos e intervenciones más allá de una atención comprensiva, entendida como aquella que pueda favorecer una mejor relación con el cuerpo, con los medicamentos, las intervenciones médicas y con la enfermedad misma.

En el *Esquema 1* que se presenta a continuación, se puede ver que hay una estructura para la provisión de servicios gubernamentales dirigida al problema de la salud en la cual los pacientes (usuarios) son receptores de servicios. A pesar de que en los últimos años ha habido cambios operativos en el esquema como lo es La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), la cual ahora está a cargo de toda actividad que desempeñaba antes el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), esta estructura general se mantiene. A través de este esquema se evidencia, en principio, que los médicos no hacen parte de la estructura de manera directa sino a través de los proveedores. En este sentido, los pacientes (aquí usuarios) se relacionan con una estructura de proveedores de los cuales reciben los servicios determinados por los compradores.

Esquema 1. Organización del sistema de salud colombiano.



SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
 Regímenes especiales: fuerzas militares, Policía Nacional, Empresa Colombiana de Petróleos, magisterio, universidades
 EPS: entidades promotoras de salud
 IPS: instituciones prestadoras de servicios

Tomado de: "Sistema de salud de Colombia." Por Guerrero, R., Gallego, A.I., Becerril-Montekio, V., y Vásquez, J., 2011, p. S145.

En la organización del sistema de salud en Colombia el médico no tiene una relación directa con el paciente en términos humanos y pasa a ser un empleado que presta sus servicios a los proveedores de salud como son las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Entidades Promotoras de Salud (EPS) o a seguros privados de salud. Esta estructura determina entonces unos tiempos establecidos de atención, unas normas para el acceso a la orientación como las llamadas al centro de atención de la EPS para pedir una cita y una determinada Institución Prestadora de Servicios (IPS) para recibir los servicios de atención, entre otros. En este sentido, los médicos prestan un servicio delimitado por normas definidas de la estructura del sistema que conllevan un sinnúmero de requerimientos administrativos. Esto implica que la atención de los médicos hacia los pacientes se despersonalice y las actividades se concentran en cumplir con los protocolos establecidos por las normas del sistema de salud más allá de una atención dedicada a los requerimientos del paciente.

En la década del ochenta, las teorías económicas aplicadas al terreno de la salud ejercieron una influencia en la concepción de los servicios de salud y en la atención de salud. El análisis económico fue la base fundamental de la formulación de políticas de salud en aquel momento (Barón, 2007). Las agencias financieras multilaterales (Fondo Monetario Internacional y Banco Interamericano de Desarrollo) promovieron un ajuste estructural para los países latinoamericanos que fue incluido en el Consenso de Washington (Hernández, 2002). Estas presiones de agenda política y económica llevaron a procesos de reformas sanitarias en la mayoría de los países de Latinoamérica que incluyeron a Colombia (Hernández, 2002).

En su libro *La invención del desarrollo* (2014), Arturo Escobar, argumenta que las intervenciones que se hacen en nombre del desarrollo en ámbitos sociales como el de la salud, se deben a que los profesionales del desarrollo, “en lugar de ver el cambio como un proceso basado en la interpretación de la tradición histórica y cultural de cada sociedad [...] buscaron diseñar mecanismos y procedimientos que permitieran el ajuste de las sociedades a un modelo preexistente, encarnado en la estructura y las funciones de la modernidad (p. 105). Por lo tanto, el desarrollo ha alimentado una manera de concebir la vida social como problema técnico y la salud de la población no ha sido ajena a estos procesos.

De esta manera, “la provisión de servicios gubernamentales no es cultural ni políticamente inocente” (Escobar, 2014, p. 211). Los servicios “sirven para gobernar” (Ferguson citado en Escobar, pág. 211) y, las políticas dirigidas a problemas como la salud, introducen determinadas concepciones sobre el cuerpo y un ordenamiento particular de la sociedad misma. La implementación del sistema de salud en Colombia no ha sido ajena a estos efectos y, en este sentido, el rol del paciente en el sistema es visto, en general, como el de un receptor pasivo de prestaciones.

Dado lo anterior, el sistema de salud en Colombia es el resultado de una problematización histórica que implica la eliminación de la complejidad y diversidad de las personas y por tanto se ofrece para la atención en salud una estructura rígida, basada en una práctica de la medicina técnica, dada por proveedores y recibida por usuarios.

La medicina se ha convertido en un poder que define la salud humana y a su vez la enfermedad. De esta manera, los conocimientos acerca de la salud han pasado del saber popular al saber médico, deslindando por completo los territorios. Sin duda, los avances médicos tienen un sinnúmero de consecuencias positivas, en muchos casos determinantes para el bienestar humano. Sin embargo, una consecuencia que vale la pena

analizar sobre la acción del poder médico es que las personas han perdido la posibilidad de decidir y de asumir la responsabilidad sobre su cuerpo cuando acaece la enfermedad. El balance de poder en la interacción entre el médico y el paciente ha cambiado, dando como resultado que la medicina pueda actuar casi sin mediar con la persona. En el marco de los sistemas de salud en sociedades multitudinarias esto tiene algunas ventajas desde el punto de vista práctico, pero vale la pena detenerse a revisar lo que resulta desde el punto de vista humano e incluso económico.

2. DESARROLLO HUMANO Y CAPACIDADES PARA LA SALUD

Como ya se mencionó, el sistema de salud de un país tiene el objetivo primordial de cuidar la salud de sus habitantes. En este sentido, los países deben disponer los recursos y estructuras necesarias para cumplir con este objetivo; pero el cuidado de la salud es también un deber general de las personas, y para ejercer este deber, el sistema debe favorecer los elementos y contextos que les permitan a las personas ejercer este cuidado. Este cuidado tiene que ver con las oportunidades que tienen los individuos para obtener funcionamientos que posibiliten cuidar su vida y su cuerpo.

Para ello, es útil apoyarse en el enfoque de capacidades (Sen, 2000). Este pone el énfasis en la elección y en la libertad, estableciendo que una buena sociedad debe promover un conjunto de oportunidades o libertades sustanciales que las personas pueden elegir si ejercer o no. En este sentido, esta manera de enfocar el desarrollo se compromete a respetar el poder que tienen las personas de autodeterminarse (Nussbaum, 2012). El paradigma de las capacidades se pregunta por lo que cada persona es capaz de ser y de hacer, y así, analiza las oportunidades disponibles para cada ser humano. Dado lo anterior, el bien crucial que las sociedades deberían promover para sus pueblos es un conjunto de oportunidades que las personas puedan llevar, o no llevar, a la práctica: ellas eligen (Nussbaum, 2012, p. 38).

En el libro *Crear capacidades* (2012), Martha Nussbaum hace una distinción entre las capacidades internas y las capacidades combinadas. Las capacidades internas son las características de una persona, como los rasgos de su personalidad, sus capacidades intelectuales y emocionales, sus habilidades de percepción y movimiento, son estos estados de las personas que no son fijos sino variables y dinámicos en el tiempo (Nussbaum, 2012, p. 40-41). La capacidad interna son los rasgos y aptitudes aprendidas o entrenadas que se dan en la interacción con el entorno social, económico, familiar y político (Nussbaum, 2012, p. 41). La tarea de una sociedad es la de apoyar el desarrollo de las capacidades internas a través de medidas diversas.

A su vez, las capacidades combinadas tienen que ver con las vías de acceso que tienen las personas a la oportunidad de funcionar de acuerdo con sus capacidades internas. En este sentido, las capacidades combinadas son la suma de las capacidades internas y las condiciones sociales, políticas, y económicas en las que puede elegirse efectivamente el funcionamiento de las capacidades internas (Nussbaum, 2012). Es necesario crear capacidades internas para que sea posible pensar en el surgimiento de las capacidades combinadas. Sin embargo, también es posible crear las condiciones internas, pero no crear correctamente los contextos para el funcionamiento de estas capacidades (Nussbaum, 2012).

La importancia de distinguir entre capacidades internas y combinadas radica en que una persona puede adquirir una capacidad interna gracias a cierto funcionamiento como una buena educación, un entorno social favorable a la libertad, pero esta capacidad puede perderse si a lo largo de la vida no se accede a la oportunidad de funcionar. Las circunstancias externas en torno al cuidado de la salud permiten que las capacidades internas puedan o no convertirse en capacidades combinadas (funcionamientos obtenidos).

Este trabajo va a buscar identificar capacidades para la salud entendiendo estas como capacidades combinadas. Jennifer Prah Ruger (2010a) ha elaborado el concepto de capacidades para la salud, en inglés *health capability*. El concepto capacidades para la salud se enfoca en las condiciones que afectan la salud y las habilidades para hacer elecciones en salud. A partir del respeto por la agencia, y las consecuencias que enfrentan los individuos con respecto a su salud, este enfoque permite encontrar un balance entre el paternalismo y la autonomía (Ruger, 2010a).

La capacidad para la salud incluye los funcionamientos y la salud en sí misma, pero es más que eso. La capacidad para la salud de un individuo pone un especial énfasis en la manera cómo el ambiente exterior enriquece o priva al individuo (Ruger, 2010a). A pesar de que se reconoce que las capacidades para la salud de un individuo son socialmente dependientes, este concepto se apoya en la noción de que el individuo es la unidad de análisis para evaluar las políticas en salud y las instituciones. En este sentido, el marco de análisis es el individuo y es a partir de este que se puede conceptualizar, operacionalizar y recoger información sobre la capacidad para la salud. Este marco de análisis permite evaluar los factores que mejoran o impiden los funcionamientos y la agencia en salud de una persona.

Capacidades combinadas/ Capacidades para la salud = Capacidades internas + Circunstancias externas

En este trabajo la capacidad combinada que se busca es el cuidado de la salud. Esta capacidad para la salud implica descubrir las capacidades internas de los individuos a través de la comprensión de sus creencias, deseos o elecciones y favorecer las circunstancias externas para que estas capacidades se conviertan en un efectivo cuidado de la salud. Esto pareciera obvio, lo sorprendente es que, como se verá en las historias, es reiterada la dificultad para lograrlo.

A partir de lo anterior, hay diversidad de oportunidades que se pueden pensar para favorecer el cuidado de la salud como capacidad. Sin duda, una de estas es el acceso a la atención médica dada por la ampliación de cobertura del sistema de salud en Colombia. La cobertura mejora las probabilidades que tienen las personas de recibir diagnósticos y tratamientos de manera oportuna y en este sentido es fundamental para favorecer el cuidado de la salud como capacidad.

A su vez, este trabajo identifica un elemento importante para el cuidado, que es la posibilidad de acceder al conocimiento sobre la salud y poder integrar este conocimiento al pensamiento de la propia vida. El conocimiento es un medio para alcanzar la comprensión. Para que la comprensión suceda se considera

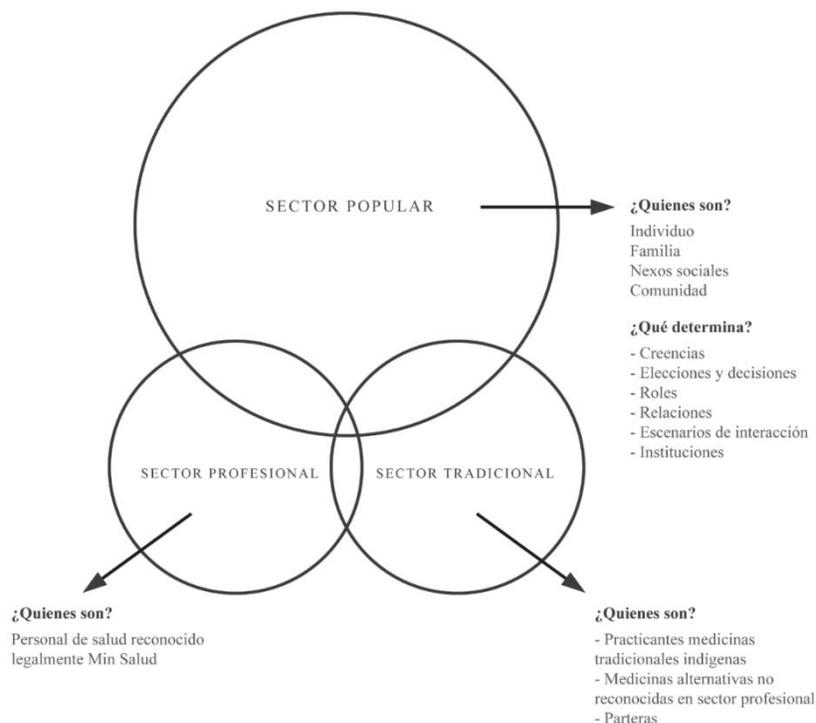
importante el saber de la medicina dado en la atención, pero también otras fuentes de conocimiento sobre el cuerpo que se pueden integrar al mismo para que las personas puedan decidir sobre las intervenciones y acciones en el contexto de la salud y la enfermedad. Hay situaciones de salud que requieren procesos de comprensión en el tiempo y por lo tanto estos se dan en el contacto con el personal de salud, pero también por fuera de este contexto en lo que este trabajo va a denominar el sistema cuidador de la salud.

2.1 Sectores para el cuidado de la salud

Para comprender la labor del cuidado de la salud desde el sistema de salud es útil ver los sectores que lo componen desde la amplia perspectiva propuesta por Kleinman (1980). Un sistema cuidador de salud se compone de estructuras genéricas, pero también unas particulares arraigadas a la cultura (Kleinman, 1980, p. 49). De esta manera, el sistema cuidador de salud puede ser comprendido como un sistema cultural local que se compone de tres sectores que se superponen entre sí: el popular, el profesional y el tradicional (p. 50) (ver esquema 2). Estos sectores para el cuidado de la salud representan un conjunto de oportunidades o contextos que tienen las personas para la elección de un funcionamiento o capacidad interna. En este sentido, son importantes para la salud y desde el punto de vista del desarrollo, porque son fuentes permanentes de información y conocimientos sobre el cuidado de la salud para los individuos. Por lo tanto, son un determinante de las capacidades que tienen las personas para funcionar en torno al mejoramiento de su salud.

Dado lo anterior, el sistema cuidador se representa de manera amplia en el siguiente esquema:

Esquema 2. Sistema cuidador de la salud.



Adaptado de: *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry.* Por Kleinman, A., 1980, p. 50.

El sector popular se puede entender como una matriz de varios niveles que contiene al individuo, su familia, las redes sociales, las creencias y actividades de la comunidad (Kleinman, 1980, p. 50). Es la arena de la cultura popular, común, no profesional, no especializada, en donde la enfermedad se define por primera vez y en donde se inician las actividades en torno al cuidado de la salud (Kleinman, 1980, p. 50). Lo habitual es que la gente decida por sí misma cuándo y a quién consultar, si cumplir con lo indicado o no, si cambiar a otra alternativa de tratamiento, cómo juzgar la efectividad de la atención y si la calidad fue satisfactoria (Kleinman, 1980, p. 51). Entonces el cuidado de la salud pasa en principio, por los individuos, sus familias y una red social que, muchas veces, no llega al sistema de salud formal. En este sentido, el sector popular del cuidado de la salud es el más grande dentro de cualquier sistema y es el principal determinante del cuidado de la salud (Kleinman, 1980).

El sector profesional es el sistema de salud formal que ha sido establecido en Colombia a través de la Ley 100. En este actúan los profesionales de la salud reconocidos como tales y en el cual los médicos tienen un papel preponderante. Allí, los médicos tienen amplias oportunidades para practicar el cuidado. Cuando los médicos dialogan con los pacientes sobre el tratamiento y el pronóstico, pueden escuchar con atención y tomarse el tiempo para explicar los procedimientos y los medicamentos con claridad, incluidas respuestas completas y fáciles de entender a las preocupaciones de los pacientes y sus familiares (Kleinman, 2019, p. 222). El médico es quien tiene conocimientos sobre la enfermedad y los tratamientos y en este sentido, es quien puede preparar al paciente, a los miembros de la familia y amigos cercanos para saber qué esperar, de modo que todos puedan descubrir cómo crear una red de cuidado en el transcurso de la enfermedad.

A su vez, el sector tradicional que comprende los saberes tradicionales y la medicina complementaria o alternativa es una mezcla de diferentes componentes, algunos más cercanos al sector profesional y otros más relacionados con el sector popular. Actualmente en Colombia, algunos dominios de la medicina alternativa pueden hacer parte del sistema de salud siempre y cuando los servicios sean prestados por médicos profesionales que cumplan con todos los requisitos de formación y prestación de servicios establecidos por el Ministerio de Salud. Sin embargo, la medicina tradicional solo hace parte de la atención para comunidades indígenas que han logrado acordar planes con el Ministerio de Salud como el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI. Por lo tanto, hay diversidad de oficios y saberes que no logran entrar al sistema de salud formal y, en este sentido, quedan por fuera de la oferta de servicios. A pesar de esto, algunas de estas prácticas se ejercen y hacen parte, así sea de manera informal, de la atención primaria en salud (Global report on traditional and complementary medicine 2019). Este amplio sector, el cual incluye los saberes tradicionales ha sido denominado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como medicina tradicional y complementaria (MTC).

El enfoque de la libertad y la agencia implica repensar o complementar la información que habitualmente se utiliza para medir, en este caso, el cuidado de la salud de la población. Así, por ejemplo, los datos como la cobertura o la disminución de morbimortalidad, no nos están hablando de la manera y los contextos en los cuales estos logros se están dando. Las historias de pacientes permiten identificar ámbitos para analizar el cuidado de la salud desde la perspectiva de la libertad y agencia de las personas, es decir, como un ámbito de realización de capacidades.

3. METODOLOGÍA

“El ‘cómo fue’ no está en primer lugar, lo que me inquieta [...] es otra cosa: ¿qué le ocurrió allí al ser humano? ¿Qué ha visto y qué ha comprendido? Sobre la vida y la muerte en general. Sobre sí mismo, al fin y al cabo.” p. 57

Svetlana Alexiévich. *La guerra no tiene rostro de mujer.*

El método de una investigación debe permitir encontrar una manera de pensar la realidad social y de estudiarla (Strauss y Corbin, 1998, p. 4). La metodología cualitativa produce hallazgos a los que no se llega por métodos estadísticos o de cuantificación porque el grueso del análisis que se realiza para alcanzar los resultados es interpretativo (Strauss y Corbin, 2002, p. 12). En este sentido, el método elegido para este trabajo son las historias de vida.

El diseño de la investigación va a permitir que durante el proceso de análisis de las historias surjan y se puedan descubrir capacidades para la salud. Las herramientas utilizadas para construir las historias de vida son la observación, las entrevistas y el diálogo permanente con los pacientes. Estos diálogos han sido continuamente interpretados y analizados para encontrar relaciones con las capacidades para la salud. Al final, esta búsqueda permite identificar oportunidades para el funcionamiento de capacidades en el sistema de salud en Colombia.

3.1 Recolección de datos. Observación participante y entrevistas en profundidad.

El primer paso consiste en la recolección de datos. Los datos para la descripción surgen de las entrevistas y de la observación participante. La idea es que haya un diálogo permanente entre las entrevistas y las observaciones. Esto permite que la investigación no caiga en lo ideal de las entrevistas que se basan en lo teórico de lo que la gente piensa. Se busca también ver y evidenciar lo que la gente hace y cómo actúa.

Según Rosana Guber (2001), la observación participante permite recordar que la investigación y el involucramiento no son opuestos, sino que son un mismo proceso de conocimiento social. Por lo tanto, esta forma de conocimiento es el “medio ideal para realizar descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos y para anclarlos en realidades concretas” (Guber, 2001, p. 24). A través de la observación se obtiene información significativa y con algún grado de participación se desempeña un rol que incide en la conducta de los informantes y, recíprocamente, en la del investigador.

La entrevista establece una relación social a través de la cual se obtendrán enunciados y verbalizaciones sobre la salud en una instancia de observación directa y de participación (Guber, 2001). El entrevistador entablará una relación cognitiva con los entrevistados. La entrevista en profundidad permite conocer lo que las

personas piensan y sienten sobre la salud. Estas entrevistas permitirán explorar aspectos como las expectativas de realización de la salud y sus concepciones sobre la salud y la enfermedad. A su vez, esto favorecerá la creación de espacios de reflexión sobre los temas que permita emerger conceptos y dimensiones sobre la salud y la enfermedad.

El contenido de las entrevistas se va construyendo y enriqueciendo cada vez, en la medida en que emergen nuevas categorías y dimensiones del problema de la salud y la enfermedad a partir de la conversación con otros médicos, con expertos y con los pacientes mismos. Lo importante de las entrevistas es saber qué piensan las personas. Lo importante de las observaciones es ver qué hacen las personas. Una alimenta a la otra.

Las historias de pacientes que hacen parte de este trabajo fueron recogidas entre junio de 2013 y agosto de 2018. El número de pacientes no fue determinado de antemano y las historias fueron recopiladas hasta lograr lo que Ragin (2007) denomina “punto de saturación”, que es cuando el investigador ha dejado de aprender cosas nuevas acerca del caso y las últimas pruebas recogidas parecen ser repetitivas con respecto a las recogidas con anterioridad (p. 151). Los relatos de los pacientes se seleccionaron con el fin de que permitieran pensar la salud como un ámbito de libertad. En este sentido, se presentan tres historias de mujeres en diferentes momentos de su vida y diferentes situaciones de salud en las cuales recibieron los tratamientos médicos para su enfermedad, pero durante la atención sintieron que no tuvieron posibilidad de diálogo y comprensión por parte de los médicos y el personal de salud involucrado en su cuidado. Por esto, ellas o sus familiares manifestaron la dificultad de ser agentes de su propia vida frente a las intervenciones realizadas.

Por otra parte, se presentan un conjunto de cuatro historias relacionadas con partos y nacimientos. Este escenario de la salud es importante para evaluar la agencia puesto que allí se juega de manera fundamental el cuidado de la vida de una mujer y su bebé. Allí, el sistema ha establecido para la atención una estructura prefijada y rígida donde la única oferta son las instituciones hospitalarias con sus protocolos y los médicos como el personal avalado para dar atención, lo cual ha derivado en una medicalización de los partos y los nacimientos. Esto, a pesar de que la evidencia científica y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud establezcan que más del 80% de los partos y los nacimientos pueden ocurrir de manera natural sin necesidad de medicación y permitiendo a la mujer cuidados basados en sus necesidades. Por lo tanto, es un momento de la vida donde se imponen medidas de atención que les impiden a las mujeres decidir sobre las intervenciones que les hacen a ellas y a sus bebés.

En el contexto de este trabajo los casos fueron seleccionados con la intención de mostrar situaciones en las cuales los pacientes pertenecientes al sistema de salud colombiano sintieron que la estructura de atención les impidió obtener el cuidado de su salud dadas sus capacidades internas. En este sentido, se hizo una búsqueda que conscientemente se enfocó en develar unas limitaciones de oportunidades al interior de la estructura del sistema. Sin embargo, es importante señalar que existen casos en los cuales la cobertura en salud logra de manera efectiva garantizar el cuidado que las personas buscan.

3.2 Interpretación. Análisis.

A partir del marco normativo colombiano en salud se presenta un ejercicio de interpretación y análisis de las historias de los pacientes que se construyeron a lo largo de la investigación. En esta construcción teórica se analizarán las lógicas con que opera y ha sido pensado el sistema de salud para ponerlas en diálogo con las historias de los pacientes. Lo que se busca es entonces identificar los desencuentros entre los pacientes y el sistema de salud colombiano para determinar allí los factores del sistema que inciden en las capacidades para la salud de las personas.

Mi experiencia como médica me ha puesto en relación con la realidad de los pacientes, donde el concepto de salud inmanente a las políticas públicas del país llega para manifestarse, incidir y contrastarse con las concepciones de salud que tienen las personas de carne y hueso en sus entornos. El análisis tendrá en cuenta la normatividad vigente, la manera cómo esta llega a los entornos reales de los pacientes y buscará aportar elementos para que la estructura del sistema de salud pueda considerar el fortalecimiento de las *capacidades* de los pacientes.

4. HISTORIAS DE PACIENTES

4.1 Al final de la vida.

Relato de su único hijo:

E. era una mujer muy perceptiva e inteligente, con una forma de vida muy sencilla y sin pretensiones. Era profesora de un colegio público y su tiempo libre lo dedicaba básicamente a la lectura, especialmente de literatura, pedagogía y teoría psicoanalítica. Era una mujer capaz de enseñar con su ejemplo. A sus 53 años, en el año 2008 ella se hizo un examen y le salió que tenía un cáncer de seno. Posterior a una tutela pudo hacerse un tratamiento convencional con cirugía y duras sesiones de quimioterapia que culminaron en el 2009.

Esta es una historia común de la manera cómo se enfrenta una enfermedad grave en el sistema de atención actual. Hay luchas y confrontaciones con el sistema para lograr acceder a los servicios y tratamientos requeridos. Y, en el mejor de los casos, se accede a estos. En este asunto se han concentrado los esfuerzos de los pacientes y la defensa jurídica por el derecho a la salud. Lo que se puede evidenciar en esta historia es que la atención en salud se ocupó de formular los tratamientos para las enfermedades, los cuales lograron, en principio, cambiar la trayectoria del cáncer. Los síntomas se controlaron y E. pudo reanudar su vida durante un tiempo.

Para mi madre el tratamiento fue muy duro. Sin embargo, en general durante el proceso hubo tranquilidad y prudencia. Gracias al apoyo de todo el entorno familiar nos propusimos superarlo y de hecho así fue durante

5 años. De ahí todo estuvo muy bien, con algunos controles semestrales, hasta el 2014 cuando se detectó en un examen que el cáncer había reaparecido de manera agresiva en hígado, huesos y pulmones. La noticia fue recibida con mucha tristeza y desconsuelo. El diagnóstico era alarmante y así lo sentimos. Lloramos. El tratamiento que le mandaron ahora con la recaída fueron agresivas sesiones de quimioterapia. Lo vivimos con desconsuelo por estar repitiendo un ciclo que creíamos superado. Sin embargo, yo tenía fe. Creo que mi madre menos. No hubo muchas explicaciones; después del tiempo sentí que solo seguimos un protocolo. Si bien mi madre y yo tratábamos de pensar y dialogar siempre las cosas, estábamos metidos en un protocolo que no daba tiempo de nada: “*Había que hacerle*”, fue lo que dedujimos de la actitud de los médicos.

Ante la enfermedad, se entra en el sistema, en los protocolos de servicios y de atención, y “*no hay tiempo de nada*”. Esta expresión introduce la pregunta por la manera cómo la atención en el sistema impone un abordaje sin permitir a las personas ser parte activa de sus procesos de salud y enfermedad. Ante esta enfermedad, que tiene una historia natural de un tiempo de evolución, que se diagnostica de manera repentina pero no es una urgencia, es fundamental que el paciente pueda comprender claramente su estado para ser parte de las decisiones que van a iniciarse sobre su cuerpo y su vida.

El día que salió el resultado de los exámenes que mostraban una enfermedad avanzada yo estaba en Bogotá y mi mamá en Medellín. Con la noticia, ella pidió una cita particular con una oncóloga reconocida en la ciudad y ella le ordenó hospitalizarse inmediatamente y empezar quimioterapia de manera urgente. Como no fue posible conseguir una habitación, mi madre pasó la noche en una camilla en un corredor del hospital. Si bien yo no estaba ahí, creo que fue muy duro para ella porque esa incomodidad de pasar la noche ahí se sumaba a la angustia por la noticia. Pero la orden de la doctora era esa y mi madre no podía oponerse. Por lo que yo supe después, esa doctora tuvo palabras muy alarmantes, secas y duras; básicamente le dijo que se iba a morir y que había una mínima posibilidad de vida que dependía de la quimioterapia. Creo que mi madre hubiera querido dialogar, en otros términos, pero esa doctora le planteó que esa mínima posibilidad consistía en hacerse un tratamiento de urgencia y eso implicaba quedarse de una vez en el hospital para hacerse todos los exámenes y empezar quimioterapia al día siguiente. Mi madre así lo hizo.

El conocimiento técnico moderno ha alterado profundamente el curso de la vida humana a través de un poder notable para luchar contra los límites del cuerpo. Esto ha hecho que los procesos de enfermedad y muerte se hayan convertido en experiencias médicas (Gawande, 2014, p. 282). Como resultado de lo anterior, por un lado, están los costos de la alta medicalización de estos procesos, pero más allá de eso la pregunta es si realmente estas intervenciones están atendiendo los deseos más importantes para los pacientes y sus familias ante enfermedades graves o al final de sus vidas.

Después del tiempo a mí me parece muy poco sensible la actitud de esa doctora, pues entendí que esa quimioterapia no es un procedimiento de urgencia y que hubiera sido bueno poder dialogar un poco antes de meter a mi madre en ese tren de un tratamiento tan agresivo que ella no aguantó por segunda vez en la vida.

La idea de dialogar surge en esta historia como una pregunta fundamental. ¿Por qué es relevante el diálogo para la atención en salud? Si E. estaba recibiendo los tratamientos probados por los estudios médicos, si el sistema no estaba fallando en darle los tratamientos a la paciente, ¿Para qué el diálogo?

Gadamer (1996) considera que para “*tratar*” se debe hallar un terreno común en el cual el médico y paciente puedan entenderse y ese terreno común lo constituye el diálogo. Y el diálogo no es simplemente un intercambio de preguntas y respuestas, sino que permite la comprensión mutua entre el médico y el paciente permitiendo un abordaje acertado de la enfermedad (Gadamer, 1996). El diálogo crea un espacio que permite al paciente prepararse para su recuperación, a través de la atención y orientación de la enfermedad, o comprender su enfermedad y prepararse para lo que esta pueda conllevar en su cuerpo (Gadamer, 1996). Es necesario entonces generar un entorno para la comprensión entre el médico y el paciente a través de una relación que permita el diálogo. Sin embargo, el diálogo entre médico y paciente en los términos profundos que permitan la comprensión no está dado en el contexto de normas establecido dentro del sistema de salud en Colombia. A lo largo del proceso de comprender y afrontar una enfermedad hay muchas preocupaciones, miedos y preguntas, y una sola conversación no puede abarcarlo todo. En este sentido, se requiere el tiempo de un proceso; una relación que permita poco a poco una comprensión de los límites del cuerpo y las posibilidades de la medicina frente a estos (Gawande, 2014).

Después de la primera sesión de quimioterapia, yo pude viajar a estar con ella y empezamos a buscar cuál era la mejor forma de continuar el tratamiento. Ahí hubo un cambio de médico, la doctora no apareció más y visitamos a un especialista de la EPS considerando los costos anunciados de la quimioterapia semanal. El médico de la EPS nos dio un poco más de tranquilidad y cuestionó la quimioterapia de urgencia no incluida en el POS que había ordenado la doctora que la vio en primera instancia. Sin embargo, él recomendó seguir con quimioterapia, ahora la del POS, pues no puso en duda que había que seguir el protocolo.

El enfoque de la medicina en el sistema de salud es estrecho ya que se concentra en ofrecer los tratamientos estadísticamente probados para las enfermedades y en explicar los riesgos y efectos específicos de las diversas opciones de tratamiento, pero rara vez toca la realidad de la enfermedad (Gawande, 2014, p. 5). Las posibilidades de que E. pudiera regresar a algo como la vida que tenía antes era inexistente, ya que debía recibir “*quimioterapia de por vida*”. Pero admitir esto y ayudarla a sobrellevar la realidad de los límites de su cuerpo parecía estar más allá de la atención en salud (Gawande, 2014). Entonces se le formuló otro tratamiento al que debía someterse. Y nada más.

Yo personalmente esperaba que el tratamiento tuviera los mismos efectos que en 2008-2009, es decir, que mi madre lo superara y se curara. Pero ella repetía una y otra vez, tras cada sesión en el hospital, que ella no aguantaba eso otra vez en la vida, que esa quimioterapia estaba muy dura. Creo que yo no supe oír eso, porque hasta el último momento yo estaba convencido de que ella se iba a curar y que esto iba a ser parecido a la primera vez. Entonces yo le daba ánimo para seguir y creo que ella seguía por ese ánimo. Nunca nadie alrededor se atrevió a cuestionar la necesidad de seguir con las quimioterapias, pese a que teníamos acceso a dialogar con diversos especialistas y gente cercana con capacidad de análisis. Pese a que el diagnóstico era grave, pues la metástasis estaba muy avanzada en el hígado, en los huesos y en los pulmones, nadie se atrevió a plantear la posibilidad de no seguir adelante con la quimioterapia.

Ante esta situación, el cuerpo enfermo se vuelve fácilmente un terreno de intervenciones y tratamientos. Este actuar nos da la sensación tanto a médicos como a pacientes de que “*estamos haciendo algo*”. Intervenir y actuar son principios fundamentales de la medicina en los cuales el sistema de salud se basa. Y entonces médicos y pacientes estamos tranquilos porque estamos “*haciendo algo*”. Y, con los avances de la medicina,

siempre hay algo por hacer y por “*mandar*”. El único error que los médicos parecen temer es el de hacer muy poco (Gawande, 2014, p. 220). Para E. no fue posible salirse del protocolo de medicamentos que se utilizan para combatir esta enfermedad. No fue posible pensar en alternativas de tratamiento y abordajes diferentes para la enfermedad. No fue posible detenerse.

Durante el proceso del nuevo tratamiento, mi madre quiso visitar al cirujano que la había operado la primera vez, un tipo supuestamente muy sensible y cercano. Nos dio una cita un día para las 6am porque no tenía más tiempo. Yo pensé que el tipo nos estaba atendiendo fuera de su horario porque tenía especial sensibilidad con mi madre, pues durante esos años ella no perdía oportunidad para agradecerle por haberla operado la primera vez. Pero él no permitió que yo ingresara a la consulta y cuando mi madre salió después de 15 o 20 minutos, la secretaria nos cobró 160 mil pesos. Yo quedé un poco desconcertado. El tipo no dijo nada realmente interesante, solo dio ánimo para seguir en el tratamiento convencional. Menciono esto porque nosotros no teníamos ninguna necesidad de ir donde él, lo hicimos más por ver si podíamos dialogar con alguien. A mí no me gustó que nos cobrara, no me pareció humano, no por la plata, sino porque era alguien que supuestamente era sensible con el caso y él no tenía nada que ver en el tratamiento. Yo no lo juzgo, no puedo asignarle ninguna responsabilidad ni mucho menos la capacidad de análisis que yo hubiera querido tener; seguramente es un excelente cirujano y no tenía por qué ser algo más que eso. Lo que sí me parece llamativo es que él estaba en su papel de médico detrás del escritorio y en ningún momento se salió de ese papel para escuchar o atender el llamado de mi madre de otra manera. En cambio, yo sentía que mi madre estaba visitando casi a un amigo. Claramente la cuenta del consultorio indicó lo contrario.

Es evidente que en medio de la inercia de un tratamiento impuesto por un protocolo que no tuvo en cuenta la situación específica, el momento y el estado de la paciente, ella estaba buscando un médico tratante con quien deliberar. ¿Quién era su médico tratante? Nadie. Ella estaba sometida a unas guías médicas y, con algunos matices, daba igual quién las ejecutaba. En esta historia surgen incógnitas y ambigüedades que el abordaje médico habitual no logra identificar. En el abordaje de estas enfermedades hay diferentes caminos posibles con relación a los valores que cada persona define para su vida. La supervivencia no es siempre el valor primordial y esto es fundamental identificarlo a lo largo de cada vida humana. Siempre hay diferentes caminos posibles si se tienen en cuenta los valores de cada individuo. Para esta enfermedad, en este momento dado, había opciones, riesgos y beneficios para considerar, pero el diálogo nunca llegó a lo que importaba para E., que era encontrar un camino para vivir el tiempo de vida que le quedara de manera digna.

Por lo tanto, cuando la atención es despersonalizada, cuando se hace de manera operativa y netamente técnica, la prestación del servicio será siempre por una demanda incontenible de servicios y tratamientos. Porque la medicina desde su visión técnica del cuerpo siempre tiene algo que ofrecer y si las personas no tienen la oportunidad de acercarse a su cuerpo y a su salud de una manera comprensiva, no pueden elegir entre diferentes alternativas o detenerse. La cadena del tratamiento se impone, no deja margen y, en este caso, incluso desencadena la muerte más rápidamente. Claramente el escenario planteado dentro del sistema no favoreció el surgimiento de una *capacidad combinada*, que reconociera la búsqueda de la paciente y abriera una posibilidad de que ella pudiera decidir al final de su vida acorde con sus deseos.

Con el paso de las duras quimioterapias, en cuestión de días, mi madre se deterioró mucho. Perdió el habla porque el tratamiento le quemó todo el tracto digestivo, desde la boca. Sin embargo, yo todavía tenía la

esperanza, ingenuamente no veía que la cosa no tenía reversa. Es difícil saber qué pensaba mi madre, pero creo que ella era muy consciente del final. Resistió como para comprobar que amaba la vida y que no quería rendirse. Pero recuerdo que constantemente decía que esa quimioterapia le parecía insoportable, que la medicina se tenía que inventar otra cosa para estos casos...

Durante la última semana mi mamá ya no hablaba, estaba en la cama de su casa. Se reunió toda la familia y diversos médicos cercanos. Hasta tres días antes de morir el médico especialista en cuidados paliativos y dolor le diagnosticó una neumonía y le mandó antibióticos para tratarla. Todos dijeron que la lleváramos a cuidados intensivos. Si bien ya sabíamos que estaba cerca de la muerte, era como por seguir el protocolo, luchar hasta el final por los signos vitales con toda la tecnología de una UCI. Cuando estábamos por hacerlo, mi madre alzó la voz de manera sorpresiva y tajante: “*UCI no, UCI no*”, dijo. Eso fue claro para todos, nadie se atrevió a cuestionarla. A pesar de haber perdido el habla, ella alzaba su voz esta vez de manera contundente contra los protocolos médicos. Recordando ese momento, aunque es más fácil hablar cuando ya ha pasado el tiempo, yo pienso ahora que debimos rebelarnos antes contra los protocolos que ordenaban la quimioterapia a cualquier precio.

Yo me di cuenta de que mi madre se iba morir el mismo día de su muerte, cuando recibimos la lectura de los últimos exámenes que hacía fríamente una médica experta conocida de la familia. Según ella dijo, era imposible que una persona se recuperara de ese estado. Para mí fue claro que el estado en el que estaba mi madre en ese momento fue causado por la quimioterapia y no por el cáncer. La habíamos sometido a un tratamiento exageradamente agresivo que tenía casi nulas probabilidades de funcionar. Esa noche la acompañamos a morir en la casa administrándole dosis de morfina.

Hay una evidente dificultad de los médicos y los pacientes para reconocer el momento final de la vida. De esta manera, solo ofrecer los tratamientos probados por los estudios de la medicina tiene dos implicaciones que se hacen evidentes en esta historia. Por un lado, aumenta los costos de la salud puesto que las quimioterapias son tratamientos de alto costo y, por otro lado, pone al paciente en una situación de soledad e impotencia que no le permite la *capacidad* central de “*reflexionar críticamente acerca de la planificación de la propia vida*” (Nussbaum, 2012, p. 54).

A los médicos que la vieron como paciente al final yo les preguntaría: si desde su conocimiento todos vieron que se trataba de una fase terminal (el tipo de cáncer y todos los exámenes así lo indicaban), por qué ninguno consideró o sugirió o mencionó siquiera la posibilidad humana de no someter a mi madre a un tratamiento tan agresivo y más bien vivir conscientemente el tiempo que quedara, sin el influjo y los efectos secundarios de la quimioterapia.

El conocimiento médico se basa en un saber técnico del cuerpo y le queda muy difícil reconocer las situaciones terminales para saber cuándo detenerse. La formación médica es muy limitada en este sentido, y se necesita una profunda sabiduría sobre los límites de la ciencia y el sentido de la vida humana para poder detenerse. Este debería ser un asunto esencial en la formación de los médicos.

Si hubiera podido elegir entre lo que pasó con la quimioterapia o haber vivido los últimos tiempos de mi madre de otra manera, sin duda, hubiera elegido otro camino. Hubiera querido estar con ella en un estado de

salud que le permitiera hablar, pensar y dialogar por más tiempo. Tal vez hubiéramos podido hacer un último viaje al mar antes de su muerte. Si bien no era una decisión fácil, pues iba en contra de todos los protocolos médicos, creo que eso era posible y hubiera sido más coherente con la vida de lucidez que mi madre siempre buscó. Yo creo que a ella la liquidó el tratamiento más que la enfermedad. Si la quimioterapia se procesa en el hígado y mi madre tenía un cáncer avanzado en el hígado, ¿no era posible cuestionar la pertinencia de ese tratamiento? Fue el tratamiento lo que le quitó el habla, quemando su tracto digestivo. Fue el tratamiento el que la postró en la cama con una sensación de desaliento corporal. Ella usaba mucho esa palabra para describir lo que sentía con la quimioterapia: desaliento. Me hubiera gustado vivir con ella los últimos días, o meses quizá, no desde el desaliento sino desde el aliento vital.

Es fundamental que la medicina brinde a la población el acceso a los tratamientos médicamente comprobados para la enfermedad, pero, el tratamiento depende también, y en una gran medida, de la posibilidad que tienen los pacientes de ordenar y comprender la enfermedad dado que esto puede tener un alto valor terapéutico (Kleinman, 1988). Existe una diferencia entre la experiencia del paciente con su dolencia entendida como padecimiento y la atención del médico a la enfermedad (Kleinman, 1988). El padecimiento es la experiencia de los síntomas y el sufrimiento, y cómo la persona enferma y los miembros de la familia y su red social más amplia lo perciben, viven con esto y responden a los síntomas y a la discapacidad causada (Kleinman, 1988). La enfermedad es lo que el médico ha sido entrenado para ver a partir de su lente teórico; una alteración de la estructura biológica o de su funcionamiento. El médico interpreta el problema de salud de la persona enferma a partir de una nomenclatura y una taxonomía, la nosología de la enfermedad, que crea una entidad diagnóstica: ella, la enfermedad (Kleinman, 1988, p. 5). El acto médico de recomponer el padecimiento expresado por el paciente y clasificarlo en una entidad nosológica (enfermedad identificable) reduce el abordaje a los mecanismos biológicos que, por demás, solo el médico entiende (Kleinman, 1988).

Por el contrario, la interpretación de la enfermedad como padecimiento es algo que los pacientes, las familias y los médicos deben emprender juntos. Porque la búsqueda de la curación es la entrada en el mundo incierto y temeroso del dolor y la discapacidad, y a su vez introduce al paciente y a su familia en el igualmente incierto mundo de las acciones terapéuticas (Kleinman, 1988). Lo que el paciente solicita del médico es cura, prescripción e información (Cortés, 1997). En la enfermedad existe la sensación de que se ha perdido el orden del cuerpo y el paciente busca que el saber médico favorezca una reorganización e integración consigo mismo, más allá del orden casi exclusivamente biológico en que lo instala el saber de la medicina (Cortés, 1997). Esta búsqueda de reorganización por parte del paciente requiere una atención que va más allá de un diagnóstico y un tratamiento médicamente comprobado. Frecuentemente, la enfermedad requiere la posibilidad de abrir un diálogo que permita a los pacientes tomar decisiones informadas sobre las alternativas para el cuidado y los tratamientos.

Por lo tanto, las acciones a través de tratamientos protocolizados alejan a los pacientes y a sus familias de la posibilidad de pensar en la enfermedad de una forma diferente. La medicina combate la enfermedad con principios de funcionalidad y eficacia, pero el médico y el paciente pueden comprender la enfermedad con otros criterios si se permiten un diálogo en el cual puedan reconocer al ser humano que la padece. Por lo tanto, es relevante preguntarle al sistema de salud si tiene algo que ver el tratamiento con el diálogo que puede permitirle a una persona comprender su enfermedad en un sentido más profundo para poder tomar decisiones y actuar.

Independientemente de los límites y las dificultades que se enfrentan ante una enfermedad grave, para muchos pacientes es importante conservar la autonomía, la libertad, para ser los autores de sus vidas (Gawande, 2014, p.140). Dworkin (citado en Gawande, 2014) establece que el valor de la autonomía radica en el esquema de responsabilidad que crea, puesto que nos hace a cada uno de nosotros responsables de moldear la propia vida de acuerdo con un sentido coherente y distintivo de carácter, convicción e interés (p. 140). A través de esta historia es importante reconocer el concepto de autonomía de un paciente frente a su enfermedad. El paciente es sin duda un ser humano vulnerable que busca al médico para recibir atención y un abordaje de su enfermedad según el saber del médico. En este sentido, la autonomía debe ser un logro del diálogo entre el médico y el paciente y no solo el actuar del paciente sin considerar el criterio médico.

Es muy posible que E. reconociera que se estaba enfrentando al final de su vida. Sin embargo, ni el entorno ni el sistema propiciaron un espacio que permitiera interpretar claramente este momento y canalizarlo por fuera de los protocolos de atención. En el marco de la atención, tal como es concebida en el sistema, no fue posible dialogar con la paciente y su familia para reconocer sus necesidades con relación al padecimiento y así generar una acción coherente que valorara la autonomía de la paciente.

4.2. Una enfermedad mental.

P. nacida y residente en Medellín. Delineante de construcción y asesora comercial. Le gusta hacer manualidades. Vive con su mamá. Su hermano vive por fuera del país. Su padre murió cuando ella tenía 9 años. Su bisabuela tenía “*el mismo antecedente*”, “*decían que era loca*”. A sus 26 años P. tuvo un diagnóstico de una depresión psicótica la cual requirió fuertes tratamientos.

Los médicos solo me ofrecían medicamentos. Sí, me ayudaron a no suicidarme, como a congelarme ahí. Pero los medicamentos me dejaron un problema impresionante. Aumenté 40 kg. Pesaba 117 kg. Entonces yo siempre estuve súper mal porque me arreglaban una cosa, pero me dañaban la otra. El medicamento me hacía dormir, pero me daba unas pesadillas y me engordaron, y por la obesidad me dio una apnea del sueño, entonces tenía que dormir con CPAP². Entonces a partir de eso empezaron a aparecer un montón de problemas. El pelo se me cayó todo. El triángulo del cuello era un brote, como pelada. Veía muy mal, yo no podía leer porque todas las letras se me movían. Entonces con la enfermedad ya no era solo el psiquiatra, sino que el dermatólogo, el neurólogo. Yo tenía que destinar un día de cada mes para ir a la EPS a reclamar todos los medicamentos y a hacer todas las vueltas. Cuando decidí dejar los medicamentos estaba tomando 18 pastillas. Prozac (3), Litio (3), Geodon, Ácido Valproico, una para dormir que se llama Ketiapina (2) de liberación prolongada, Ativan, Rivotril, entre otros.

Acudió a una terapia alternativa llamada Reiki sobre la cual relata que le ayudó a entender aspectos de su vida y de su enfermedad.

² CPAP, por sus siglas en inglés, significa presión positiva continua en la vía aérea. Es un equipo utilizado para evitar el colapso de la vía aérea durante el sueño.

La mujer que hace esto es bacterióloga y se metió en el cuento del Reiki y las energías. Ella dice que yo llegué allá y decía “*gas todo*”. Yo de eso no tengo mucha conciencia. Yo tengo como baches de memoria sobre los eventos de mi enfermedad. Yo le dije que yo quería ir a verla para que me dijera como morirme.

Yo no creo en nada. Solo creo en la depresión que tengo. Me acostaba en una camilla y me ponía las manos cerca. Y yo sentía una cosa horrible. Sentía que estaba muerta. Era como una relajación, pero era muy difícil. Yo iba allá cada 8 días. Me valía 50 mil pesos, pero yo lo hacía.

Ella me decía: Yo te voy a poner tareítas chiquitas. Te voy a poner una tarea: Me vas a escribir lo que más te gusta a hacer y vas a escribir todo lo que te da “*gas*”. Yo igual era muy nerda entonces hacía todo lo que me decía. Ella siempre me decía que no fuera a dejar los medicamentos que esto es solo una ayudita para que puedas estar un poquito mejor. Iba, hablábamos de cómo me sentía, después me revisaba la tarea y después me hacía una “*armonizada*”. Y me hacía lo mismo cada terapia.

Porque por los chakras míos no estaba entrando nada de energía porque estaba desconectada del hilo de la vida. Entonces yo no tenía nada de energía. Entonces ella lo que hacía era volverme a conectar. Un día me mandó unas esencias y yo empecé a tomármelas y a sentirme más tranquila.

Entonces yo empecé a desmontar el Prozac. Yo me tomaba 3 pero se me acababa el efecto a las 11 am entonces yo empezaba a sentir un hormigueo en la lengua, una resequedad, y entonces yo ya sabía: “*Ahh me falta Prozac*”, entonces yo ya tenía que tomarlos para el efecto, era una droga que me tenía que tomar...

Empecé con esas esencias sublinguales y ya no me acordaba de la droga. Pero después me acordaba y me daba mucho miedo entonces me la volvía a tomar porque los psiquiatras me decían: “*Nunca vaya a dejar los medicamentos porque ahí mismo vuelve a llegar aquí*”. Entonces yo era muy juiciosa tomándomelos todos para no volver allá.

Un día la del Reiki me hizo una lista de hierbitas, que manzanilla, aroma, cidrón, semillas de cilantro, para tomarme por la noche y me dijo que las hiciera para dormir mejor. Y yo misma las hacía.

La terapeuta del Reiki me preguntaba si yo me seguía tomando los medicamentos y yo le decía mentiras porque ella decía que me los debía seguir tomando. Pero yo estaba haciendo un invento conmigo misma...

Un día le contó a la psiquiatra sobre su tratamiento alternativo:

Yo le conté a la psiquiatra: “*Dra es que yo me estoy haciendo esto y me he sentido súper bien*”. Yo toda pendeja fui toda feliz, porque ya estaba logrando cositas, a contarle a la psiquiatra y a decirle que yo estaba mejor porque me estaba haciendo una terapia.

La Dra. me miró como: “*Esta tan boba*”. Me dijo: “*Esto no se puede suspender, esto es para toda la vida*”. Y como yo no estaba tan fuerte en ese momento yo me quedé callada y le dije: “*Ahh bueno Dra.*”. Y yo decía: “*Ahh juemadre, será que esto no me va a servir*”. Y me aumentó los medicamentos porque los había dejado de tomar.

Entonces dije: “*Qué pendejada, yo me siento más mal con los medicamentos que no tomándolos. Yo prefiero vivir la vida sin anestesia, yo para qué tomo esto. Si esto no me ha solucionado nada, antes me tenía en un mundo así...*”. Imagínese, con dos neurólogos al mismo tiempo que me hacían una cantidad de exámenes, ese CPAP que era horrible dormir con eso y también me dijeron que era para toda la vida.

Entonces en la siguiente cita con la psiquiatra sí la enfrenté. Le dije que yo ya no los estaba tomando y le pedí que me ayudara a desmontarlos porque yo ya no iba a tomar más. Pero yo quería hacerlo de manera responsable porque ella me decía que si los dejaba me daba una crisis de pánico, que me iba a tener que hospitalizar.

Entonces yo le dije que lo asumía y que no me los iba a tomar más. Le dije quiero que usted me ayude a desmontarlos. Yo sé que usted no estudió para desmontarlos, pero quiero que usted me diga cómo lo voy a hacer. Ella en medio de la confusión me dijo que fuera a una cita al día siguiente. Y al otro día era un staff médico. Me pusieron en una mesa y ella me dijo: “*Diles lo que me dijiste ayer*”. Ellos me hicieron preguntas y pusieron todas las alertas por si surgía alguna urgencia dentro del proceso. Entonces yo les dije que me comprometía a avisarles lo que fuera al menor síntoma. Y la Dra. me dio su teléfono personal y me dijo que la llamara si cualquier cosa, a la hora que fuera. Y yo despacio empecé a dejarlas, las que eran 3 me las empecé a tomar de a una durante una semana hasta que ya no tomaba nada... y no necesitaba nada.

Eso fue hace 2 años. Y desde hace 2 años no tomo absolutamente nada.

A uno de los neurólogos del CPAP fui para ver si me lo quitaba porque yo ya no me lo ponía. Y con ese médico fue difícil porque él tenía como ese poder de dominio, como: “*Es lo que yo le diga*”. Yo le dije que ya llevaba un año sin medicamentos y le dije que me mandara el examen para ver si me podía quitar el aparato y se puso muy muy molesto, me decía que no, que no se podía y que no me iba a mandar el examen. A mí me dio mucha rabia, yo le dije que me diera la oportunidad de hacerme el examen y le hablé fuerte. Yo traté de sensibilizarlo, pero no. Entonces le dije que me diera las especificaciones del examen que yo me lo hacía particular... porque él como que me amarró. Entonces él ya me vio tan decidida que no me habló más y me dijo que la secretaria me daba las órdenes. Y me mandó el examen, me lo hice y ¡me salió bueno! Ya no tenía apnea del sueño. Yo fui entonces donde él y con el resultado del examen, y seguía como reacio. Pero me dio todas las órdenes para hacer el desmonte y entregar el aparato. Fui a entregar el aparato y ese fue otro enredo. No creían y casi no me quitan todo...

Yo lo que pienso es que la medicina es muy cuadrículada. Y solo funciona la ciencia, pero de pronto hay un paciente que quiere buscar otra alternativa, buscar otra opción. Solo una vez los psiquiatras me ofrecieron un psicólogo, pero me parecía una pendejada. No me gustaban porque era lo mismo del psiquiatra, pero sin solución. La solución del psiquiatra era el medicamento, pero el psicólogo no me ofrecía nada porque para mí por lo menos era una solución que me mandaran el medicamento. El psicólogo era solo como llenar un test.

Yo empecé a entender que llorar no era estar deprimida. Pero a mí no me dejaban llorar. Y antes los medicamentos no me dejaban llorar. Pero ahora empecé a expresar mis emociones, antes no. Yo ya puedo llorar. Yo estaba congelada. Los medicamentos me dieron una esperita...

Yo pienso que lo que causó todo es que yo no hacía las cosas que me hacían feliz. Que yo no era nada... yo no sabía para qué vivía. Yo no sabía que yo misma me hacía feliz ni que yo hacía cosas que me gustaban. Porque para mí era más importante la vida del otro, y que el otro estuviera feliz, y que no le faltara nada. Yo me di cuenta que el otro es importante pero que primero debo estar vigilante de mí. Y sí me preocupa que vuelvan a aparecer los síntomas. Porque como yo tengo ese rayón ahí que es pa toda la vida, pero digo: *“Ahh qué importa. Si vuelven a aparecer ya sé cómo aliviarme. Ya tengo la fuerza”*. Y ahora ya no estoy en terapias de Reiki. Solo fui un año.

Sería muy bueno que el médico lo investigue a uno más, que no sea solo el químico, porque el químico es el fácil. En esos 9 años... y los médicos no saben quién soy yo, no saben qué me gusta hacer, nada. Yo no les tengo rabia a los psiquiatras, les agradezco porque estoy viva. Pero me encantaría que a todos los seres que tuvieran episodios depresivos no los atacaran con tanto medicamento sino como más para dentro, para cada uno...

Sobre la terapia alternativa piensa:

...A mí me preguntan que si el Reiki sirve y yo digo que no sirve pa' nada. Sirve solo si usted quiere modificar muchas cosas de su vida. Por ejemplo, yo solita me di cuenta escribiendo que a mí me atormentaba una relación de pareja que yo tenía. También entendí que yo estaba perdida, que yo no hacía nada por mí. Entonces claro, por eso me quería morir. Y entonces yo entendí eso. O sea, el Reiki sirve siempre y cuando usted esté en la disposición de cambiar todo lo que tiene que cambiar en su vida. Porque si usted está haciendo algo que no le gusta eso lo lleva a un profundo hueco, entonces si usted no está dispuesta a cambiar... el Reiki no lo puede sacar de ahí. El Reiki como terapia lo que hace es mostrarte. El Reiki te muestra, esto es lo que te tiene ahí. Pero hágalo cuando usted quiera, cuando usted pueda. Aquí está, pero si uno no toma la decisión de cambiar ese tipo de cosas, el Reiki solo no te saca de ahí.

4.3. Perder un bebé.

A., 32 años, samaria. Vive con su esposo de Medellín en Bogotá. Estudió comunicación social. Trabaja en cine, realización de comerciales y TV. Ama su trabajo. En junio del 2013 tuvo un parto pre- término con 24 semanas de gestación. Desde que empezó el embarazo planeaba tener a su bebé en Santa Marta porque *“allá está mi familia, mi mamá y todo mi apoyo. En Bogotá estamos solos mi novio y yo”*.

Inició controles prenatales en Bogotá con una ginecóloga de la medicina prepagada. Cuando ella y su novio le contaron a la Dra. que querían tener el parto en Santa Marta, la Dra. les pidió buscar otro médico.

Directamente me dijo que si ella no me iba a atender el parto no podía seguir con ella en el proceso, que no me atendía más. No me dejó otra opción. Ese día cuando yo pasaba por mi semana 16 + 7 de gestación, y después de 4 controles prenatales con la doctora, ella ni siquiera recordaba que yo estaba embarazada porque me lo preguntó directamente en consulta: *“¿Está embarazada?”* Yo me pregunto, ¿no es un desacierto que el médico que va a recibir a mi bebé, ni siquiera se acuerde de que ha tenido 4 controles prenatales conmigo?

¿No tenía yo derecho a escoger tener el parto en la ciudad donde vive mi familia y los controles prenatales en donde vivo y trabajo?

Necesitaba estar en Bogotá y tener mis controles prenatales con la calidad y diligencia a las que tengo derecho hasta que fuera prudente viajar a Santa Marta para mi parto. Cabe mencionar que yo pertenezco al plan integral de salud prepagada y mi bebé hacía parte del plan de bebé en gestación, el cual pagué siempre muy puntualmente.

En la semana 16 + 7 de gestación, en mi último control con la Dra., detectamos una pequeña infección vaginal a la que se le hizo un tratamiento con un medicamento en casa, pero a la que nunca se le volvió a hacer un seguimiento.

Al ver que debía permanecer en Bogotá unos meses más, procedí a contactar otro Dr. de los que están en la prepagada para continuar con mis controles. En mi segundo control con el nuevo Dr., el 2 de julio de 2013, cuando pasaba por las 24 + 3 semanas de gestación, le comenté mi intención de tener a mi bebé en Santa Marta y él, igual que la Dra., me dijo que no me podía seguir atendiendo porque no iba a tener el parto con él. Me anunció que ese era mi último control con él, a pesar de que estábamos a comienzos del mes de julio y mi viaje estaba programado para septiembre.

En esta investigación no fue posible contactar a los médicos aquí mencionados para establecer los motivos por los cuales no seguían haciendo los controles prenatales a una paciente que deseaba tener su parto en otra ciudad. A través de indagaciones con otros ginecobstetras se considera la posibilidad de que, en el caso de presentarse complicaciones durante el parto atendido en otra ciudad, sobre ellos podría recaer alguna responsabilidad. Otra razón posible para que ambos médicos desistieran del manejo prenatal de la paciente es que, en los convenios establecidos entre los médicos y las aseguradoras de salud privadas el mayor incentivo económico está en la atención del parto y por esta razón no es atractivo para ellos limitarse solo a realizar los controles prenatales.

También le comenté al Dr. que la noche anterior había sentido un par de contracciones y que había tenido un cambio de flujo, algo que él dijo que era completamente normal y a lo que no se le hizo ningún tipo de análisis.

Esa misma noche tuve que llamar al Dr. porque empecé a tener contracciones seguidas. Él me dijo por teléfono que no fuera tan tarde a urgencias, que esperara a las 6 am para ir y que tratara de dormir tranquila. Aproximadamente a la 1 am fui a urgencias ya que las contracciones estaban con un intervalo de menos de 5 minutos. Llegué a urgencias y rompí fuente esperando mientras me atendían.

Cuando A. llamó a su médico insistentemente con la sensación “*de que algo no estaba bien*” el médico le dijo que esperara hasta el día siguiente. Ella, conociendo su cuerpo, supo que algo andaba mal. Cuando se presentó al servicio de urgencias le dijo a la enfermera que tenía contracciones “*antes de tiempo*”. La enfermera le preguntó: “*¿Ha tenido hijos antes?*” Ella contestó que no, que era su primer embarazo. A lo que la enfermera le comentó: “*¿Entonces cómo sabe que son contracciones?*” A. dice que “*en su corazón*” sentía que eran contracciones y que también sabía que su bebé no estaba bien.

El diálogo y la confianza del médico en el paciente es igual o más vital que la confianza del paciente en el médico (esa ya está implícita con el hecho de que ese paciente vaya a consulta).

Desde esa misma mañana, que fue mi último control, y en donde el mismo médico había manifestado su intención de no atenderme más ya que yo iba a tener a mi bebé en otra ciudad, el diálogo se había roto (incluso en esa consulta me entregó mi historia clínica). Él tomó sus decisiones, ignoró mis síntomas y mi sentir por el afán de finalizar su ciclo conmigo. Entonces consultar ya en un punto de urgencia y de no retorno (la muerte de mi bebé), era tarde y para nada viable (ya estaba claro que mi opinión no contaba desde el principio).

Perdí a mi bebé debido a una Corioamnionitis Aguda Moderada. Esa mañana el Dr. me realizó una cesárea y mi bebé murió al nacer. Sin importar el desenlace, si hubiera tenido a un médico compañero y comprometido, sé que no me hubiera sentido tan sola al final de todo.

4.4. El inicio de la vida. Partos y nacimientos

La historia de S.

S. vivió una experiencia de atención del parto a través de su EPS durante el cual se sintió duramente violentada:

Sí, grité, por supuesto que lo hice. En ese punto ya cuatro manos diferentes habían entrado por mi vagina de manera repetitiva y sin ninguna noción de tacto o delicadeza, pero esta vez no era solo una mano, entró el brazo tres veces seguidas, cada una de las veces más profunda que la anterior, para explicarle al practicante que recibiría a mi bebé, cómo reconocer no sé qué. Lo hacía mientras llegaba el anestesiólogo, a quien habían llamado por mi fatiga evidente y la explícita renuncia a seguir (tomé el brazo del obstetra después del último pujo que fui capaz de dar y le dije “no más”).

“¡Vea pues! una nueva forma de parir: como vacas”, fue lo que dijo el sujeto mientras entraba en la sala de partos donde yo estaba gritando, mientras hacían lo que ya les describí. Lo miré en medio de mi agonía, dándome cuenta de que sí podía ser más atropellada de lo que había sido hasta el momento. Algunas enfermeras se rieron con su “chiste”. Yo seguía gimiendo por el dolor que causaba la dosis de Pitocín que me estaban administrando (en este punto, la habían aumentado dos veces, lo que me mantenía en una contracción constante, que fue, supongo ahora, lo que impidió que pujara cuando se suponía que debía. En lugar de eso, lo hacía sin pausa, con desespero, sin control ni poder de decisión sobre mi cuerpo).

– “¡¿Cómo serán en el mercado estas mujeres?!”, dijo mientras se preparaba.

– “¿Y cómo será usted pariendo?”, le respondí, en medio del dolor y la ira y la impotencia; en medio de la soledad.

–“*Poneme mejor esto*”– le dijo a una de las enfermeras, indicándole que le amarrara el tapabocas – “*no sea que me reconozca*”.

“Nadie le decía nada. Lo escuchaban seguro, y quizá algunos no estaban cómodos, aun así, nadie le decía nada. Al parecer, tenía toda potestad de tratar como bien le pareciera a quien necesitaba de su intervención. Y yo, nunca me sentí tan vulnerada. Tampoco volví a decir algo. Cerré mis ojos y me fui. Abandoné a mi hijo y me desconecté de mi cuerpo, de ese lugar y del momento, me acurruqué encerrada en alguna parte del corazón.”

“Me pusieron sobre el pecho unos pequeños parches y el sujeto aplicó la anestesia. Mientras tanto, las enfermeras pedían que me acomodara o que hiciera cosas; pero yo no tenía fuerzas, no me respondía el cuerpo, me alzaban la mano y la mano volvía a caer.”

“Vea cómo se las dejé”, replicó el anesestesiólogo mientras se paraba y se iba de la sala. “Así es como hay que tenerlas. No sé por qué no me llaman siempre”, agregó. “Otra vez supe que me podían atropellar aún más, y nadie diría nada.”

Es frecuente que las mujeres identifiquen situaciones de violencia, maltrato e incompreensión durante sus partos y en el nacimiento de sus hijos. El discurso médico, basado en una visión mecanicista del cuerpo, ha configurado una forma de comprender el embarazo, el parto y el nacimiento en el sistema de salud. Así, se tiene como punto de partida una visión patológica del cuerpo y de los procesos de las mujeres en este momento de la vida, a partir de los cuales se establece la norma de parir en centros hospitalarios, con asistencia médica. *“El sistema social y el sistema médico han evolucionado hacia una forma de atención al parto y nacimiento, que más que orientada a tener en cuenta las necesidades de cada mujer singular, garantiza protocolos de atención que aseguran un nivel adecuado de morbi-mortalidad”* (Gainza, Labastie y Magnone, 2013, p. 189). De hecho, la asistencia médica de los partos, es un indicador de salud materno infantil para el sistema colombiano de atención (Camacho A. y Flórez C.E., 2012). Por lo tanto, el embarazo, el parto y el nacimiento (es decir, la atención del recién nacido) han entrado a ser parte de los protocolos y procedimientos del sistema de salud como trámites para controlar la morbimortalidad de las mujeres y sus bebés.

Desde que una mujer ingresa a una institución hospitalaria en embarazo y para dar a luz se activan protocolos de atención, entendiendo el parto como un procedimiento técnico. Estos protocolos incluyen, por ejemplo, la necesidad de canalizar y dar líquidos endovenosos, suspender la ingesta de alimentos y bebidas por vía oral; de esta forma, se ingresa en rutinas que implican el control del sistema sobre el cuerpo de las pacientes. Y, en muchos casos, se presenta un uso rutinario de procedimientos médicos, incluso sin estar basados en evidencia científica. Estos procedimientos pueden incluir enemas, rasurado de pubis, suero con oxitocina (Pitocín) para acelerar el parto, episiotomía, ruptura artificial de membranas, maniobra de Kristeller, uso de fórceps, legrado del útero sin anestesia, tactos vaginales reiterados, posición horizontal durante el trabajo de parto y parto, y corte del cordón umbilical inmediato, entre otros. Esto ha llevado a que la atención del parto hoy en día sea más un suceso médico atendido a través de protocolos que una vivencia de la mujer como la protagonista del mismo. De esta manera, las mujeres quedan en muchos casos relegadas a estos protocolos como receptoras pasivas de la atención y esto, para muchas de ellas, implica perder la posibilidad de autodeterminarse en un momento tan importante de sus vidas como es el nacimiento de sus hijos.

La historia de A.

A. se preparó durante su embarazo con el deseo de evitar una cesárea; tuvo acompañamiento de una doula, su embarazo fue completamente normal e hizo todos los controles con su ginecobstetra del seguro privado de salud. En uno de los controles finales, A. le manifestó al médico su deseo de tener un parto natural. El Dr. se limitó a decirle que “*eso no se podía planear así*” y que en la clínica lo verían.

Cuando tenía 39 semanas de gestación fui a un control y el médico tomó la decisión de romperme fuente con 0 de dilatación y sin comentarlo conmigo. Acto seguido, me mandó a hospitalizarme porque ya con la fuente rota no podía irme para mi casa. En el cubículo, lugar más incómodo y frío que he podido estar en mi vida, me dicen que me van a canalizar y que me van a poner suerito, y falso, lo que hicieron fue ponerme Pitocin para inducir el parto y en ningún momento me lo informaron verbalmente, solo se limitaron a hacerme firmar una cantidad de documentos.

Después de varias horas me pasaron a cesárea. Yo iba con mis ojos encharcados y no recibía información de nadie, iba en bata y en pañales, tenía frío y ni una cobija me dieron para el frío. El dolor de las contracciones cada vez se hacía peor y el frío le aportaba más dolor. Me tuvieron tirada literalmente en esa camilla por lo menos 20 a 30 minutos, nadie me hablaba, me sentía como un trapo sucio. Me decían: “*Cálmese que ya viene usted, el médico está haciendo otra cesárea*”, entonces me sentí como una vaca que va para el matadero, Dios qué horror.

Por fin la anesthesióloga llegó a ponerme la anestesia, pero creo que lo hizo tarde porque mi cuerpo no alcanzó a recibirla y cuando digo que la primera cortada la sentí toda, es verdad. Le dije al médico: “*Estoy sintiendo todo*”, pero él ni me respondió y me mandó a poner anestesia general... De ahí no me acuerdo de nada, solo cuando mi esposo se acerca a mí con mi hermoso bebé en brazos y yo en mi borrachera del medicamento y mis ojos chorreando lágrimas lo beso y me desplomo.

La historia de M.

M. leyó muchas historias de parto durante su embarazo y deseaba tener un parto natural. Su embarazo fue normal durante los controles. Relata lo siguiente:

Me habían dicho que la epidural hacía que la dilatación fuera más lenta, que no me la dejara poner hasta que estuviera en 5 o 6 de dilatación. Cuando yo llegué a la clínica ya había roto fuente y debido a esto me pusieron Pitocin. Yo soy medio reacia a las drogas y quería que fuera lo más natural posible, pero no tenía información de esta droga, solo sabía que ayudaba a agilizar el parto y como quería que fuera natural y sabía que tenía el tiempo contado por lo de la ruptura de membranas me la dejé poner. Empecé dilatando bien pero cuando llegué a 3 cm me estiqué. Ahí no me habían puesto epidural, pero en la clínica y mi médica me empezaron a decir que si no me ponía la epidural no iba a dilatar, que la epidural era lo que me ayudaba, ante la presión y el desconocimiento me la dejé poner. Cuando me la pusieron paró el dolor y ya no sentía las contracciones casi. Yo rompí fuente a las 5:30 am, le insistí a la Dra. hasta la 1pm que esperáramos a ver si dilataba y podía

ser natural. Ya ahí, ella dijo que no se sentía tranquila esperando más porque tenía riesgo de infección por la ruptura de membranas y organizaron todo para la cesárea. No fui capaz ahí de insistir más porque también a uno le da miedo cometer una imprudencia en caso de que sí fuera necesaria la cesárea, que también podría ser el caso.

El protocolo de atención del parto en instituciones de salud implica una serie de factores como son: administración de líquidos endovenosos, suspensión o control de la vía oral, espacio restringido de movimiento y control estricto de la posición de la mujer, iluminación hospitalaria y restricción de acompañamiento de la pareja o familia, tactos vaginales, administración de Pitocín u oxitocina sintética, entre otros. Todos los factores del protocolo propenden por el control de esta situación de salud y buscan la seguridad del entorno institucional, pero contradicen las condiciones requeridas para que la mujer pueda tener un parto en condiciones fisiológicas³.

En Colombia, se evidencia un aumento progresivo y considerable en los nacimientos ocurridos por cesárea entre el año 2010 (34.4%) y el año 2015 (43.2%) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). La Organización Mundial de la Salud ha establecido que para la protección de la vida de la mujer y del bebé la tasa de cesáreas debe oscilar entre el 10 y 15%, siendo esta la tasa que efectivamente disminuye la morbilidad materna y perinatal. Dado lo anterior, cuando la tasa aumenta muy por encima de este porcentaje se expone a las mujeres y a los niños a nuevos problemas de salud. Desde la perspectiva económica, esto es una carga para los sistemas de salud que trabajan con presupuestos limitados, puesto que la cesárea es un procedimiento costoso que implica una alta demanda de servicios.

Este trabajo reconoce la importancia del saber de la medicina para la supervivencia en casos graves. Sin embargo, está bien establecido en toda la literatura médica y científica, que cuando los embarazos son de bajo riesgo, se debe apoyar el proceso fisiológico para proteger la vida de la mujer y la del bebé. La protocolización de las intervenciones en la atención de los partos y en el nacimiento de los bebés ha llevado a las mujeres a buscar la opción de la atención del parto desde otros enfoques, en donde ellas puedan informarse y tomar decisiones durante este momento tan importante de sus vidas.

La historia de J.

Ante el panorama de la medicalización del parto, J. buscó una partera en la ciudad de Bogotá y narra lo siguiente:

³ Solo para dar un ejemplo de la delicada interrelación entre estos factores, el cuerpo de la mujer produce oxitocina naturalmente en condiciones de oscuridad e intimidad. Ya que estas condiciones no se presentan en el entorno hospitalario, los médicos ven la necesidad de introducir la oxitocina sintética (Pitocín), la cual genera una descompensación del proceso natural derivando en la necesidad de una cadena de intervenciones adicionales.

Yo decidí tener el parto en casa porque quería estar en un ambiente muy acogedor. Durante mi primer embarazo yo leí mucha literatura sobre médicos y partos en casa, y sobre parteras. Entonces me documenté y lo sentí también. Quería parir con música, con velas, con amor, con respeto, con intimidad sobretodo, sin luz, en mi casa, en mi cama, amablemente, con cariño, con cuidado. Poder tener esa unión con el bebé, sin que nada nos interrumpiera, ni una enfermera, ni una luz blanca, ni una inyección, ni un suero... sino nosotros dos en la pura intimidad y eso solo se logra yo creo que en la casa. También quería vivir todo el proceso del parto, estando ahí, viviéndolo, sintiéndolo, con mi pareja, que los dos estuviéramos en ese momento tan importante de nuestra relación, de nuestras vidas, que es el nacimiento de nuestros hijos. Y tuvimos la gran suerte de que los tres nacieron muy sanos y pudimos estar ahí, trabajando juntos, y eso también a nivel de relación nos ayudó muchísimo a crear lazos mucho más fuertes entre nosotros porque vivimos esas situaciones tan salvajes y tan humanas todos juntos.

Para algunas mujeres este es un momento importante de sus vidas en el cual ellas quieren sentirse autónomas. El parto libre y respetado, y la lucha contra la medicalización protocolaria de la salud materna, revitalizan el papel de la mujer ante las decisiones que se toman sobre su cuerpo.

Durante los embarazos y partos en Colombia me transmitieron miedos, sobre todo los médicos. Me decían que era una forma arcaica y primitiva, que por algo la ciencia ha evolucionado. Y yo no es que esté en contra para nada del hospital, lo que pasa es que yo creo que nosotras podemos parir y el miedo interrumpe ese proceso. Y yo estaba segura que me iba a ir bien en mis partos porque yo siento que tengo ese instinto de parir que me venía de mi familia, mi mamá me parió y mi abuela parió 13 hijos, mi bisabuela parió otros 10... Y si pasaba algo yo tenía la clínica a 10 cuadras de mi casa y un carro listo para salir si era necesario, pero nunca tuve ese miedo porque ya había tenido a mi primer hijo así y estaba bien informada.

Ante una mujer como J., con capacidades internas como la seguridad, la autonomía, la conciencia de cuidado de su cuerpo y el de su bebé, llama la atención que no haya apoyo en el sistema médico para fortalecer y favorecer un entorno cuidador para este nacimiento. Las políticas de países como Colombia han propendido por los partos institucionalizados lo que resulta en hospitales llenos de mujeres sanas, con embarazos sanos y partos que son intervenidos medicamente sin necesidad ni justificación. Esto, entre otras cosas, implica que no se logren priorizar los recursos para las situaciones de salud que sí requieren atención hospitalaria. En este sentido, para garantizar que las mujeres que tienen la información y la formación que les permite la capacidad interna de buscar un parto libre y respetado en el entorno de su casa, las políticas de salud deben propender por garantizar un cuidado de calidad en todos los escenarios: en casa, en los hospitales, en las zonas rurales y en las zonas urbanas. Por lo tanto, tener la oportunidad de vivir un parto en casa planeado y organizado en los contextos en que esto sea seguro es una oportunidad importante para muchas mujeres.

Me llamó una familiar a decirme que no lo hiciera, que era peligrosísimo, tenía datos clínicos, que era una cosa irresponsable, que los niños se mueren en las casas. Eran miles de miedos a los que no les hice caso porque esos miedos, en general, en todo el sentido de la vida, interrumpen los procesos y cuando estás pariendo con miedo no estás pariendo con conciencia de lo que eres realmente capaz de hacer. Y la naturaleza del cuerpo de la mujer es impresionante, es una máquina que funciona a la perfección. Si es posible, dejar fluir el parto es la manera como se debería hacer, porque el bebé puede moverse por dentro y salir... es una conexión como en un baile, de movimiento, de ritual, que muchas veces en los hospitales no existe y se rompe

lo más mágico de parir. Entonces hay miedo al dolor, pero cuando entiendes el dolor y entiendes el por qué, se van los miedos. Era la gente la que tenía el miedo, no yo.

La partería es una tradición en torno al cuidado de salud de la mujer. El Informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2014, *Estado de las parteras en el mundo. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer* establece que “la partería es un elemento clave de la atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN)” (p. iii). El Informe define la partería de una manera muy amplia como “los servicios de salud y el personal sanitario requeridos para apoyar a las mujeres y los recién nacidos, en especial, la atención durante el embarazo, el parto y el período posnatal.” Y la definición más básica de partería es “la práctica de asistir a las mujeres durante el parto”, siendo entonces “las parteras las profesionales de salud formadas para asumir las funciones y responsabilidades de una partera, independientemente de su itinerario profesional de partería ya sea de acceso directo o después de haberse capacitado en enfermería básica” (p.3). Sin embargo, hoy en día en Colombia, el acceso a la partería en las ciudades es marginal y prácticamente ilegal. El sistema de salud ha establecido el parto institucional atendido por personal médico como la única manera segura de atender esta situación de salud de la mujer.

5. CONCLUSIONES: OPORTUNIDADES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD COMO CAPACIDAD

Este trabajo reconoce, como punto de partida, la importancia de la ampliación de cobertura en salud como una circunstancia externa que favorece las capacidades para la salud en la medida en que el acceso efectivo a la atención en salud permite el contacto con el personal médico, lo cual favorece diagnósticos y tratamientos oportunos para el cuidado de la salud. Sin embargo, posterior al acceso a la atención, existen múltiples y diversos factores del sistema de salud que inciden en las capacidades para la salud de las personas, como se visibiliza en las historias.

Por lo tanto, a la luz del presente trabajo es posible identificar dos grandes ámbitos de oportunidad en donde las capacidades internas pueden desarrollarse y convertirse en la capacidad combinada de lograr el cuidado de la salud considerando la libertad y la agencia de las personas. El análisis sobre la forma de implementar procesos y estructuras para estas oportunidades, y el análisis económico de costos y beneficios que esto pueda traerle al sistema de salud colombiano, puede ser materia de estudios posteriores.

5.1. La relación médico paciente y el médico tratante

Para favorecer el cuidado de la salud, hay una oportunidad importante que se da en la atención a través del sistema (sector profesional) que es la atención por parte del personal de salud profesional. Allí, en general, el actor principal es el médico y es en quien los pacientes confían para recibir información y comprender su situación de salud. En la investigación *Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y*

pacientes en Bogotá, Colombia, Herrera, Gutiérrez, Ballesteros, Izzedin, Gómez y Sánchez (2010) consideran que la relación médico paciente es el ámbito central donde se evalúa y se trata al paciente, es el lugar donde se establecen las reglas, la confianza y la forma de ver tanto la enfermedad como el tratamiento (Herrera, et al., 2010). La relación entre médico y paciente puede ser vista como la oportunidad de fortalecer capacidades del paciente con relación a la comprensión de la enfermedad y del cuidado de su salud.

Hay situaciones de salud donde una sola consulta desde la perspectiva de la medicina técnica logra, de manera efectiva, dar al paciente los medicamentos e intervenciones que este requiere para mejorar su salud. Pero, hay también un número significativo de pacientes con situaciones de salud que requieren una relación más profunda entre un médico y el paciente buscando que se favorezca la comprensión de la enfermedad en todas sus dimensiones. El establecimiento de una sólida relación médico-paciente fundada en la escucha y en el diálogo para favorecer la comprensión, permite la agencia del paciente en su salud a través del surgimiento de capacidades combinadas.

En la historia de perder un bebé, independientemente de la manera como se accede a la atención (EPS o seguro privado), se evidencia en el sistema una dificultad para establecer una relación entre médico y paciente más allá del saber técnico. Dadas las normas, la relación que se establece entre médico y paciente está determinada por condicionantes del sistema que le impiden al paciente la posibilidad de comprender su situación de salud y deseos. En el ámbito de las capacidades para la salud de los pacientes, lo que resulta de esta atención es que el rol del paciente se limita al de ser un receptor de intervenciones y se pierde la posibilidad de decidir y actuar a partir de la comprensión de la propia salud.

En la historia al final de la vida se evidencia que la paciente recibe los tratamientos definidos por la medicina y delimitados por el sistema para tratar su enfermedad, pero realmente la atención en una situación terminal de vida requiere conocer a los pacientes como seres humanos, comprender su mundo, su vida y su entorno para poder actuar acorde con sus deseos. Una relación médico paciente fundada en el diálogo y la comprensión mutua es un entorno de oportunidad que le permite al paciente descubrir sus deseos cada vez, y decidir sobre el cuidado de la salud de acuerdo con ellos. El establecimiento de la relación médico paciente de esta naturaleza requiere condiciones tales como tiempo y espacios para establecer un diálogo profundo. Es en los propios hogares donde vemos cómo viven realmente las personas, cómo manejan sus enfermedades o las de los demás.

La figura privilegiada para el establecimiento de un modelo de relación médico-paciente comprensiva es la del médico tratante. En el contexto normativo del sistema de salud colombiano existe el rol del médico tratante definido en la Ley Estatutaria 1751 y en diversas sentencias de la Corte Constitucional en donde se regula el derecho a la salud. El médico tratante es considerado un actor central para garantizar el derecho a la salud. A partir de la legislación sobre el sistema de salud, al paciente se le debe garantizar la atención de un médico *“como la persona competente para decidir cuándo alguien en determinada situación requiere un servicio de salud, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce al paciente”* (Corte Constitucional, Sentencia N° T-760 de 2008).

Sin embargo, el rol del médico tratante se establece a partir del diagnóstico principal que un paciente tenga, es decir, la razón por la que el paciente busca la atención y que es su mayor problema de salud en ese

momento. Por lo tanto, cada vez que la persona presenta un problema de salud puede tener un nuevo médico tratante. De esta manera, cuando se pasa de un padecimiento a otro, el paciente pasa de un médico tratante a otro. Y, debido a la especialización del saber médico, es frecuente que los pacientes con algunas enfermedades complejas requieran manejos interdisciplinarios. Por lo tanto, la evidencia muestra que los pacientes insertos en el sistema de salud deben *“pasear por toda la ciudad saltando de un especialista a otro, con consultas de quince minutos que no sirven para dimensionar el caso y que no están unificadas por una cabeza que maneje toda la historia clínica”* (Médica paliativista citada en Figueroa, 2017, p. 73).

Dado lo anterior, entre las normas del sistema y la especialización del médico, ocurre que el paciente es tratado por un sistema y no por un médico. Es decir, que su condición de salud y, él mismo, solo están en contacto con un sistema y, por lo tanto, no es posible establecer un diálogo como paciente con otro ser humano (médico) que pueda conocerlo y reconocerlo como individuo. Esta situación limita la oportunidad que tiene el paciente de comprender su enfermedad y en este sentido la posibilidad de agencia que tienen las personas de tomar decisiones y actuar frente a su cuerpo y a los tratamientos médicos. A su vez, esto conlleva la necesidad de múltiples intervenciones que tienden a aumentar los costos y desgastan al paciente en su obtención.

5.2. Saberes complementarios

En varias de las historias narradas en este trabajo se muestra que los médicos se enfrentan a pacientes que, mientras acuden a ellos, buscan otras medidas de cuidado por fuera del sistema de salud formal (sector profesional) y confrontan estos cuidados con los ofrecidos por la medicina. Las historias nos muestran la necesidad de que esta interrelación sea bien comprendida e integrada por los médicos y se fortalezca en el marco del sistema de salud.

A lo largo de la trayectoria del desarrollo de los sistemas de salud en la sociedad occidental, el cuidado de la salud se ha basado exclusivamente en sistemas de salud *modern state-influenced*, hospitales y médicos profesionales (Wear, 1992, p. 1). Es decir que la atención se ha organizado en torno al sector de profesionales de la salud basados en el conocimiento de la medicina moderna y excluyendo a otros cuidadores o healers (Kleinman, 1980). En los Estados Unidos esta exclusión tiene una larga trayectoria que se remonta al año 1910, posterior a la publicación del Reporte Flexner. Esta publicación tuvo una importante influencia durante el siglo XX sobre la manera cómo los países latinoamericanos definieron la formación del personal de salud y la atención a través de los sistemas, basando ambos en la medicina técnica.

A pesar de lo anterior, desde el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene trabajando en la importancia de comprender y reconocer el papel y las posibilidades de la Medicina tradicional y complementaria (MTC) en el contexto del cuidado de la salud. En este sentido, la OMS recomienda la integración de la MTC en los sistemas nacionales de salud para permitirle a los usuarios posibilidades de elección más amplias cuando deseen recurrir a esos servicios (Organización Mundial de la Salud, 2014b, p. 37). Para lograr esta integración los países enfrentan retos importantes como son: el reconocimiento de la oferta existente, las garantías de calidad, la seguridad y la eficacia de las terapias tradicionales y alternativas

para alcanzar una adecuada regulación, hasta la financiación, con el fin de que estos servicios sean parte de la cobertura sanitaria universal. En este sentido, desde los entes mundiales se está estimulando la integración de las medicinas tradicionales y complementarias a los sistemas de salud.

Sin embargo, como se evidencia en la historia de la enfermedad mental de P., hay una marcada resistencia por parte de los médicos para reconocer e integrar estas prácticas al cuidado de sus pacientes. De esta manera, mientras el sistema formalmente logra la inclusión de estas prácticas en la cobertura y la prestación de servicios, hay una labor por realizar con los médicos que permita, por lo menos, la aceptación de estas estrategias de cuidado cuando los pacientes lo buscan o lo solicitan. Por lo tanto, es necesario fortalecer el sector profesional en torno al reconocimiento de la MTC como un aporte importante al cuidado de la salud y, por otro lado, incidir en el fortalecimiento del sector de la MTC teniendo en cuenta la tradición histórica y cultural de Colombia.

Así mismo, la oportunidad para el funcionamiento de capacidades internas de las personas tiene que ver con la posibilidad que tienen otros saberes de crear concepciones del cuerpo más allá del saber técnico de la medicina. Las políticas en torno al cuidado de la salud en el sistema colombiano han sido determinadas por la mirada técnica de la medicina, pero es importante ampliar esta concepción para que la salud sea también una posibilidad de promover ámbitos de libertad. El enfoque de capacidades implica que algunos datos que habitualmente se utilizan para el ámbito de la salud puedan ser repensados. Lo que realmente queremos ver son las oportunidades de salud, no los logros de salud, porque creemos que las personas deberían tener opciones sobre cómo vivir sus vidas, entonces, lo importante es que deben tener oportunidades de tener una buena salud (Harvard University Press, 2011).

A su vez, a partir de las historias de partos y nacimientos, surge la necesidad de evaluar las metas de salud en Colombia que consisten en incrementar la atención del parto por medio de personal calificado (médico/a, enfermero/a y auxiliar de enfermería) e incrementar el porcentaje de partos en el entorno institucional.⁴ “*La partería en Colombia encuentra actualmente un reconocimiento jurídico como conocimiento tradicional, asociado a la protección de la cultura y el derecho a la diferencia, pero no como práctica legítima de salud y mucho menos como reivindicación y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos*” (Muelas, 2018, p. 43). Sin embargo, la partería es una necesidad dentro de la oferta de servicios de salud puesto que cuando las parteras cuentan con la formación y los contextos normativos adecuados pueden proporcionar el 87% de los servicios esenciales de atención requeridos por mujeres y recién nacidos (Organización Mundial de la Salud, 2014a, p. v). En este sentido, la atención por medio de parteras podría ser una alternativa que esté disponible dentro de la atención en salud para toda la población. Así, lo que se propone es que otros cuidadores con saberes que incluyen la ciencia, pero también saberes empíricos, tradicionales y conocimientos a partir de la experiencia, puedan integrarse a la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto como oportunidades de funcionamiento que respondan a las capacidades internas de las mujeres. De esta manera, saberes y prácticas de cuidado de la salud como la partería no deben quedar relegadas a entornos indígenas y de comunidades negras, sino que podrían integrarse a la atención para todas las mujeres en Colombia.

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) Colombia 2015* (Tomo 2).

Dado lo anterior, el embarazo, el parto y el nacimiento, al vivirse con plena conciencia e información, pueden pensarse como una capacidad para la salud de las mujeres, que tendrían la autonomía para decidir el lugar y las personas que las acompañan en el proceso. El fundamento de un parto en libertad es ponerse al servicio de las mujeres, y no obligarlas a adaptarse a una estructura rígida (Schallman, 2012). Si una mujer desea parir en un hospital y recibir todas las intervenciones médicas o si quiere quedarse en su casa y ser cuidada por parteras, estas posibilidades deben estar disponibles como funcionamientos dentro del sistema de salud. Muchas mujeres en Colombia tienen capacidades internas para tener partos sin la necesidad de intervenciones médicas, pero no consiguen las vías de acceso para tener la oportunidad de actuar de acuerdo con esta capacidad y hacerlo de forma segura en el marco de la ley. De esta manera, el énfasis debe estar puesto en el acceso a entornos donde el parto pueda ser atendido de manera segura, humanizada y legal. Y, por lo tanto, crear un marco legal para el ejercicio de la partería en el sistema de salud colombiano resulta fundamental a la luz del presente trabajo.

6. RECOMENDACIONES

El principal reto de este trabajo consistió en estructurar un marco analítico que permitiera abordar la salud como un ámbito de agencia y libertad para los individuos y que las historias de los pacientes develaran lo anterior. Las capacidades tienen valor en sí mismas entendidas como ámbitos de libertad y elección. Por ende, asegurarse de que las personas tengan las opciones para elegir determina la libertad en el contexto de la salud, y la libertad tiene un valor intrínseco para el desarrollo (Nussbaum, 2012, p. 45). En este sentido, es relevante diseñar estrategias para implementar las oportunidades enunciadas, en el marco del sistema de salud en Colombia. Algunas recomendaciones pueden describirse de la siguiente manera:

En cuanto a la relación médico-paciente (fortalecimiento del sector profesional):

- Promover un rediseño de la relación médico-paciente, en el marco del sistema de salud colombiano, que tenga como fundamento la figura del médico tratante.
- Analizar y determinar los escenarios de acción del médico tratante para viabilizar su implementación.
- Promover en la formación de los médicos un enfoque que permita profundizar la comprensión de la figura del médico tratante, con el fin de que puedan identificar los casos en los cuales dicha figura es relevante y trae beneficios a los pacientes y al propio sistema de salud.
- Fortalecer el papel del médico general para que tenga la posibilidad de ejercer como médico tratante en los escenarios en los que esto sea posible.
- Identificar y orientar las especialidades que pueden asumir el rol de médico tratante (por ejemplo: medicina interna, medicina familiar, medicina paliativa, psiquiatría, entre otras) para ubicarlas de forma pertinente dentro del sistema de salud.

- Mejorar los tiempos de atención y favorecer espacios de contacto (casa, comunidad del paciente) entre médicos y pacientes en situaciones de salud que lo ameritan.

En cuanto a la inclusión de saberes complementarios (interrelación de los sectores profesional, popular y tradicional):

- Promover en la formación de los médicos y de los médicos tratantes, un enfoque que permita valorar la importancia de otros saberes para complementar el cuidado de la salud de los pacientes.
- Atender las recomendaciones de la OMS en cuanto a la integración de la MTC como parte del sistema de salud profesional.

- Profundizar en el conocimiento de los contextos interculturales en Colombia para lograr acciones pertinentes de integración entre la MTC y el sistema de salud.

- Definir e implementar un marco legal para el desarrollo de la partería como práctica legítima de salud que acompaña la salud sexual y reproductiva femenina.

- Implementar la posibilidad del nacimiento en casa en los casos que han sido determinados por la Organización Mundial de la Salud.

Finalmente, la interrelación de los tres sectores cuidadores de la salud es fundamental para lograr que la capacidad para la salud del cuidado sea posible de manera comprensiva para cada individuo. La atención en salud en el sector profesional debe dialogar y comprender el sector popular en el que cada persona está inserta y a su vez apoyarse en el sector tradicional para favorecer una atención humanizada que integre las diversas posibilidades de cuidado disponibles.

A la luz de este trabajo, es posible considerar que esta integración favorece la eficiencia del sistema de salud (sector profesional) desde el punto de vista económico, pero para esto será necesario profundizar en los casos y contextos en los que esto sea posible. Por lo pronto, este trabajo busca que cada individuo pueda pensar su salud desde sus capacidades internas y acercarse al sector profesional desde esta perspectiva, buscando el diálogo para la comprensión de su salud o la de sus familiares.

De esta manera, cada vez que ocurra una enfermedad o lesión grave y el cuerpo o la mente se quiebren, cada persona pueda encontrar un médico tratante con quien dialogar para identificar lo que la medicina puede hacer y lo que no y, por esta vía, hacerse las preguntas vitales: ¿Cuál es su comprensión de la situación y sus posibles resultados? ¿Cuáles son sus miedos y cuáles son sus esperanzas? ¿Qué de su vida está dispuesto a ceder, a negociar y qué no? ¿Y cuál es el camino que mejor sirve a esta comprensión? (Gawande, 2014, p. 259).

A nivel general, hay dos recomendaciones finales que se pueden hacer en el marco de este trabajo con el fin de implementar un mejoramiento del sistema de salud. Por un lado, sería importante realizar estudios que permitan identificar cómo estos escenarios de oportunidad (fortalecimiento de la relación médico paciente e

integración de saberes complementarios) podrían aportar a la eficiencia del sistema de salud desde el punto de vista económico. Por otro lado, sería pertinente establecer como prioridad en el marco del sistema educativo y cultural, la inclusión del enfoque de capacidades para la salud como una forma de entender el desarrollo de la sociedad colombiana en este aspecto. Esto implicaría una revisión profunda del imaginario y de la concepción de la salud que permita transformar el abordaje de muchas situaciones a las que nos enfrentamos cuando encaramos el cuidado de la salud.

Referencias

- Buzzi, A. y Doisenbant, A.R. (2008). *Evolución histórica de la medicina*. (1ra edición). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Barón, G. (2007). Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento [versión digital]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CUENTAS%20DE%20SALUD.pdf>
- Camacho A. y Flórez C.E. (2012). Diagnóstico e inequidades de la salud Materno-infantil en Colombia: 1990-2010. En *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones* (67-79). Colombia: Universidad de los Andes.
- Canguilhem, G. (2005). *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida: nuevos estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. (1ra edición). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. (1ra edición). Buenos Aires, Argentina: siglo xxi argentina, s. a. (e. f.)
- Cortés, B. (1997). *Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura*. Nueva Antropología [en línea] 1997, XVI (agosto), 89-115. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905305>> ISSN 0185-0636
- Emanuel, E. J y Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*, 16, 2221-2226. doi:10.1001/jama.1992.03480160079038
- Escobar, A. (2014). *La invención del desarrollo* [versión digital]. Recuperado de: <https://cpalsocial.org/documentos/552.pdf>
- Figueroa, C.A. (2017). *Sala de espera. Salud y enfermedad detrás de cámaras*. Bogotá: Editorial Delfín S.A.S.
- Gadamer, H. G. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Gainza, P.P., Labastie, M. y Magnone, N. (2013). La atención contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos. *Ulúa*, 22, 175-196. Recuperado de: http://ulua.uv.mx/index.php/ulua/article/view/1187/pdf_4
- Gawande, A. (2014). *Being mortal: medicine and what matters in the end* [edición de kindle]. New York: Henry Holt and Co.

- Guerrero, R., Gallego, A.I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). *Sistema de salud de Colombia*. Salud Pública de México, 53 (Supl. 2), s144-s155. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/10.pdf>
- Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Harvard University Press. (May 19, 2011). *Creating Capabilities* [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=AoD-cjduM40&t=268s>
- Hernández, M. (2002). *La Salud Fragmentada en Colombia: 1910- 1946*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Herrera N.E., Gutiérrez, M. E., Ballesteros, M., Izzedin, R., Gómez, A.P., Sánchez L. M. (2010, julio11). *Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia*. Revista de salud pública, 12 (3): 343-355. Recuperado de http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/representaciones-sociales-relacion-medico-paciente-medicos-pacientes-bogota-colombia/id/53398665.html
- Hsiao, W. (2000). *What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy. A Primer* (IMF Working Paper). Recuperado de <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2000/wp00136.pdf>
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. United States: Basic Books.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. United States of America: University of California Press, Ltd.
- Kleinman, A. (2019). *The soul of care. The moral education of a husband and a doctor*. United States of America: Penguin Random House LLC.
- Kleinman, Arthur. *The Soul of Care* (p. iv). Penguin Publishing Group. Edición de Kindle.
- Lamprea, Everaldo. (2011). *La Constitución de 1991 y la crisis de la salud: encrucijadas y salidas*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993).
- Ley Estatutaria No. 1751: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. (16 de febrero de 2015).

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) Colombia 2015* (Tomo 2). Recuperado de: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.2.pdf>
- Muelas, D.K. (2018). Partería: perspectivas jurídicas de los conocimientos tradicionales y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres iku (Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de abogada) Recuperado de: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/18001>
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. España: Espasa Libros.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Recuperado de: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014a). *Estado de las parteras en el mundo. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*. Recuperado de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014b). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Recuperado de: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>
- Ragin, C. (2007). El uso de los métodos cualitativos para el estudio de los aspectos comunes. En: *La construcción de la investigación social. Introducción a los métodos y su diversidad*. (pp. 143-176). Bogotá: Universidad de los Andes.
- Resolución 5261 de 1994: Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de salud. (agosto 5 de 1994)
- Ruger, J.P. (2010a). *Health and Social Justice*. New York, United States: Oxford University Press Inc.
- Ruger, J.P. (2010b). Health Capability: Conceptualization and Operationalization. *American Journal of Public Health*, Vol 100, No. 1, 41-49. doi: 10.2105/AJPH.2008.143651
- Schallman, R. (2012). *Parir en libertad: en busca del poder perdido*. Buenos Aires, Argentina: Grijalbo.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Bogotá, Colombia: Planeta.
- Sentencia N° T-760 de 2008. Corte Constitucional de Colombia. (31 de julio de 2008).
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Wear, A. (1992). Introduction. En *Medicine in Society* (1-15). doi: 10.1017/CBO9780511599682

World Health Organization (WHO). (2019). *Global report on traditional and complementary medicine 2019*. Recuperado de: <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf?ua=1>

El Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo (Cider), con más de 40 años de trayectoria, es un centro de investigación y formación que contribuye al entendimiento de los procesos de desarrollo a escala local, regional, nacional e internacional. Su objetivo es cualificar la política y la práctica del desarrollo, ya sea mediante las políticas públicas, la gestión territorial, o la intervención privada desde las organizaciones y la sociedad en general.

*Cider - Universidad de los Andes
Calle 18A No. 0 - 19 Este, Bloque PU
Bogotá - Colombia
<https://cider.uniandes.edu.co>
cidercomunicaciones@uniandes.edu.co
Teléfono: 3394949 Extensiones: 2664 - 2665*

*Universidad de los Andes | Vigilada Mineducación
Reconocimiento como Universidad: Decreto 1297 del 30 de mayo de 1964.
Reconocimiento personería jurídica: Resolución 28 del 23 de febrero de 1949 Minjusticia.*