

EMERGENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN
COLOMBIA ENTRE LOS AÑOS 2007-2012

JULIO JAVIER CALVO MARTINEZ

VIVIANA PRIETO UCHUBO

TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN
DESARROLLO EDUCATIVO Y SOCIAL

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL - CINDE
FACULTAD DE EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN DESARROLLO EDUCATIVO Y SOCIAL
BOGOTÁ D.C
JULIO, 2020

EMERGENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN
COLOMBIA ENTRE LOS AÑOS 2007-2012

JULIO JAVIER CALVO MARTINEZ

VIVIANA PRIETO UCHUBO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN SOCIALIZACIÓN POLÍTICA

DIRECTORA DE TESIS: CLAUDIA XIMENA HERRERA

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL - CINDE
FACULTAD DE EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN DESARROLLO EDUCATIVO Y SOCIAL
BOGOTÁ
JULIO, 2020

Nota de aceptación

Jurado

Jurado

Bogotá, 2020

AGRADECIMIENTOS JAVIER CALVO

Inicialmente deseo agradecer a Dios por permitirme abrir la posibilidad de iniciar y culminar este proceso académico, cada momento, cada situación, cada adversidad, cada experiencia satisfactoria y dificultad de la vida nos lleva a pensar en la existencia de algo o alguien superior, quien ayuda a que estas situaciones se den y sean posibles. Deseo agradecer infinitamente a mi mamá, Judith Martínez Álvarez, por darme el respaldo cada día, por alentarme a seguir adelante, por ser un ejemplo en mi vida, de hacer todo con responsabilidad y dedicación, por brindarme la sensibilidad sobre las ciencias sociales, insumo importante que suscita mi interés por estudiar la humanidad, a mi papá Javier Calvo Periñán, por brindarme siempre el optimismo necesario para enfrentar las dificultades, por el apoyo permanente en cada decisión.

Deseo agradecer al convenio CINDE – Universidad Pedagógica Nacional, por abrir el escenario para adelantar el estudio de maestría, cada uno de los docentes de las diferentes materias por su dedicación y esfuerzo para transmitir de la mejor manera posible sus conocimientos, en especial, a la profesora Ximena Herrera, por la paciencia y el profesionalismo para asumir nuestra idea de investigación, y ser objetiva en cada paso que dimos. A mi compañera de tesis Viviana Prieto con quien nos embarcamos en esta idea y el trabajo en equipo permitió este logro.

Agradecer a la Corporación Amor por Colombia por apoyar y brindarme los tiempos necesarios para culminar mis estudios y creer en mi como profesional. Finalmente, a todas las personas que de alguna manera dieron voz de aliento y apoyo a este proceso.

AGRADECIMIENTOS VIVIANA PRIETO

Primero que todo, Mil y mil gracias a todos aquellos que hicieron de este trabajo investigativo de tesis de Magister una realidad.....

A DIOS por darme la fuerza suficiente para sacarlo adelante y poder darle termino.

A mi compañero de lucha y colega Julio Javier Calvo Martínez por acompañarme en este camino, hemos escalado un peldaño más. ¡¡¡Gracias!!!

A nuestra docente Asesora de tesis Claudia Ximena Herrera, quien, gracias a su conocimiento y dedicación en el marco de la línea de socialización política, nos apoyó para adelantar este valioso trabajo investigativo.

Finalmente, a CINDE y la Universidad Pedagógica Nacional por abrirme las puertas a un nuevo campo de conocimiento como lo es el de la Educación, estoy convencida que desde allí se pueden lograr grandes cambios en nuestra sociedad y promover un mundo más equitativo, justo y humano.

A todos ellos, ¡GRACIAS TOTALES ¡

DEDICATORIA JAVIER CALVO

Este análisis y resultados encontrados en el transcurso del presente proceso investigativo van dedicados a la fuente de inspiración, proveniente de aquellas personas con Enfermedad Crónica No Transmisible, y especialmente con las que compartí procesos para el tratamiento de la misma en la Corporación IPS - Chaparral Tolima, sus historias y experiencias avivaron la motivación para profundizar en este fenómeno, infinitas gracias.

DEDICATORIA VIVIANA PRIETO

Cierto día en la culminación de mi pregrado soñé y pensé “qué tal si llego a hacer una maestría, qué tal si soy magister. Será que algún día llegaré a ese peldaño”, pues mírenme acá logrando esa meta, aquella que algún día soñé....

¡Por ello hoy dedico este gran triunfo de VICTORIA!

A DIOS, el Todopoderoso que me permite llenarme de fuerza para cumplir mis metas y a la VIDA por regalarme los frutos de la semilla que germiné el día que decidí emprender este camino.

¡¡¡A mis AMORES hermosos!!!

Mi nido de amor, mi familia, papitos Angélica y Salomón, sin ustedes esto no hubiera sido posible, les dedico este gran logro, por tenerme tanta paciencia, por apoyarme y por sobre todo creer en mi....

A mis hermanos Rodrigo y Laura, que siempre estuvieron hay acompañándome, ustedes pueden dar fe de todo lo que me costó lograr esta meta.

A mi Marianita, “mi querida sobri”, que es como un ángel caído del cielo que llegó para alegrar mi vida y la de nuestra familia, gracias por enseñarme que siempre hay una luz de esperanza y que la vida es Bella.

ESTE LOGRO ES DE USTEDES Y PARA USTEDES

CONTENIDO

RESUMEN	10
1. INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA	11
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 JUSTIFICACIÓN	16
1.3 ESTADO DEL ARTE	18
1.4 OBJETIVOS	35
<i>GENERAL</i>	35
<i>ESPECÍFICOS</i>	35
1.5 METODOLOGÍA	35
CAPÍTULO I: SALUD	38
¿Salud vs. enfermedad crónica?	38
Los buenos hábitos: el camino a la salud y al bienestar	42
El saber cura: profesionales que deciden y forman	47
Entidades de salud: ¡beneficios a manos llenas!	51
Calidad de vida	55
Terapias para toda la vida	58
Urge prevenir	60
¿Cuidador o pastor?	67
CAPÍTULO II PACIENTE	70
Hacerse paciente: vivir con enfermedad crónica	70
Paciente impaciente e inconsciente: comportamiento y hábitos	71
Necesidades y derechos	75
Autocuidado como nuevo estilo de vida	80
¡Obsesionados por la salud!	83

Paciente/usuario	85
Paciente formado, sujeto bajo control	89
Paciente medicado, mercado regulado	92
CAPÍTULO III: ENFERMEDAD	98
¿Enfermedad Crónica Individual o Enfermedad Crónica Social?	98
Enfermar es una tragedia	102
Miedo a enfermar, miedo a morir	103
Epidemias que movilizan	106
La cura es prevención: prácticas	109
El mal es la inconsciencia	112
La enfermedad crónica no mata	114
CONCLUSIONES	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
FUENTES PRIMARIAS	123
FUENTES SECUNDARIAS	123
WEBGRAFIA	132

RESUMEN

La emergencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia atraviesa por una serie de circunstancias que configuran la atención del paciente crónico. Pues, la presencia de diferentes discursos en torno al manejo que se le ha dado a la enfermedad crónica permite configurar la subjetividad del paciente por medio de ciertos “ideales”. Por ello, ámbitos como el de la política y la economía se relacionan para la implementación de discursos que terminan por instalarse en la gobernabilidad del estado colombiano.

Por tanto, el sujeto-paciente es oyente de unos saberes que articula en su cotidianidad y que influyen principalmente en el cuerpo en donde se localizan diversas manifestaciones de enfermedad.

1. INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio parte de una inquietud personal y profesional que permite analizar la emergencia y rastrear el concepto central de *Enfermedad Crónica no Transmisible*, así como algunos conceptos cercanos, tales como entornos y comportamientos insalubres, estilos de vida saludable, autocuidado y cultura del cuidado; conceptos que intentan direccionar la vida humana hacia ciertos ‘ideales’, lo cual permite cuestionar quiénes ponen en marcha los discursos alrededor de dichos preceptos y para qué se hace. Más específicamente, esta inquietud surge con el cuestionamiento sobre la relación entre las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* (ECNT) y el proceso de envejecimiento, puntualmente en el evidente afán de responsabilizar cada vez más a los sujetos de su propia condición en salud, la cual ha sido instalada como ideal y a la que se debe todo esfuerzo. Esto, sin tener en cuenta qué implicaciones tiene para los sujetos.

Para la comprensión de las fuerzas mencionadas anteriormente, en el presente proceso investigativo se buscan analizar los conceptos ya señalados desde un marco foucaultiano, para lo cual se tiene en cuenta la emergencia de estos como se plantea en la genealogía: "La emergencia es, pues, la entrada en escena de las fuerzas; su irrupción, el impulso por el que saltan a primer plano, cada una con su propio vigor, su juventud"¹. Es así como se considera pertinente el análisis de las unidades discursivas "no del lado de la coherencia de los conceptos (fuerzas), sino del lado de su emergencia simultánea o sucesiva, de desviación, de la distancia que los separa y eventualmente de su incompatibilidad"². Por ende, se propende por el análisis de las apariciones y dispersiones de las fuerzas.

Por lo anterior, es preciso señalar la existencia de instancias de delimitación de fuerzas como la medicina, pues allí se instaura, controla y monitorea la

¹ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, La Genealogía, La Historia. Valencia: Ed. Pre-Textos, 2014. p.37-38.

² Ibid. p. 57.

epidemiología, morbilidad y mortalidad de las ECNT. De esta manera, aparece la enfermedad en medio de relaciones y tensiones propias de distintas fuerzas, dado que “la emergencia se produce siempre en un cierto estado de las fuerzas”³. Por esta razón, resulta necesaria una exploración de lo que se dice sobre las ECNT para comprender la configuración, a nivel local, de las instituciones y la implementación de políticas públicas orientadas para su control.

Un insumo que permite situar el análisis del presente estudio se cimienta en que “desde principios de los años ochenta se ha venido reconociendo cada vez más la importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles en el marco de la salud mundial”⁴. Por consiguiente, el Estado empieza a pensar en la necesidad de diseñar e implementar políticas públicas en salud debido a los altos índices de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Pero fue hasta el año 2010 cuando aparece el término Transmisible con mayor auge en la implementación de dichas políticas.

Ahora bien, dichas formaciones discursivas que provienen de las ciencias de la salud refieren, principalmente, a que existen diversos factores de riesgo que influyen en el auge de estas enfermedades: el envejecimiento, los problemas de nutrición y los cambios en el estilo de vida de las personas. Concretamente estos estilos de vida tienden a estar relacionados con los hábitos de fumar, beber y el sedentarismo, así como la escasa práctica de dietas y ejercicio. Es por ello que las apariciones de las ECNT constituyen una de las principales preocupaciones de los Estados debido a que representan un problema de salud pública y un desafío para el gasto público en materia de servicios salubres para la población.

En el proceso de revisión documental se identificó que: “Estas enfermedades causan alrededor del 80% de las muertes en los países de ingresos bajos y medios y son la causa de muerte más frecuente en la mayoría de los países, excepto en África. Incluso en los países de este continente, las ECNT están experimentando un rápido crecimiento. Se prevé que en 2030 superarán a las enfermedades

³ Ibid. p. 34.

⁴ ADEYI, Olusoji; SMITH, Owen y ROBLES, Sylvia. Las políticas públicas y los retos de las enfermedades crónicas no Transmisibles. Banco Mundial. Bogotá: Ediciones Mayol, 2007. p.4.

transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como principal causa de defunción”⁵. Es así que cada país dirige sus estrategias para mejorar la salud de sus ciudadanos propiciando sistemas de control y evaluación basados en el desarrollo de políticas públicas que se orienten a mejorar las condiciones de salud pública.

También se encontró que instituciones como el Banco Mundial pueden ofrecer asesoría a países “para garantizar la sostenibilidad de la financiación de la salud a través de la definición apropiada de paquetes de beneficios, reformas de los lados de la oferta y la demanda encaminadas a reducir costos, evaluaciones de tecnología de salud, disponibilidad y economía de fármacos y otras medidas que sean necesarias”⁶. Así pues, y de forma situacional y perceptible, se posiciona al sujeto en una red de informaciones que se encuentra implícita en los documentos. Ejemplo de esta situación es el *Tratado Internacional de Salud* de la Framework Convention for Tobacco Control (Convención Marco para el Control del Consumo del Tabaco) el cual considera algunas bases para la prevención de *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*.

Así pues, se evidenció que en la conformación de políticas públicas en salud “la naturaleza de largo plazo de las ECNT implica mayores responsabilidades para el cuidado propio por parte del mismo paciente y subraya la necesidad de que los sistemas de salud equipen a los pacientes para asumir ese papel”⁷. Acorde con esta noción, surge el presente estudio para identificar la posición del sujeto en medio de este discurso como instancia de dominio.

Las afirmaciones anteriores plantean diversos interrogantes sobre si es necesario adoptar un sentido de responsabilidad propio, lo cual implica asumir ciertos hábitos que previenen la aparición de la enfermedad a partir de una cultura de autocuidado; y si el tratamiento de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* se configura a

⁵ ALWAN, Ala *et al.* Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Ginebra: Editorial OMS, 2011. p. 1.

⁶ ADEYI, Olusoji; SMITH, Owen y ROBLES, Sylvia. Op. Cit., p. 34.

⁷ Ibid. p. 4.

partir de las crisis que surgen de los acontecimientos que ponen en marcha este discurso. Para esto, es perentorio mencionar que: “Las intervenciones específicas para atender los temas de información y externalidades pueden adoptar una variedad de formas distintas, siendo la intención principal de los instrumentos oficiales informar, ordenar o regular”⁸. Esta afirmación da cuenta de un circuito de informaciones relacionadas con unos dominios teóricos que evidencian una dispersión de objetos que se relacionan entre sí, lo cual permite configurar discursos, provenientes de diferentes instancias, que resultan necesarios para la reflexión.

Con el desarrollo de esta investigación se espera aportar al proceso de análisis y consolidación de la realidad estudiada a partir de la búsqueda de evidencias que den cuenta de la emergencia y las fuerzas implícitas en el estudio de las enfermedades crónicas. Esto, desde la perspectiva del rastreo documental arqueológico – genealógico y las discontinuidades presentes en la temática con el fin de reconocer la configuración del sujeto en las prácticas discursivas señaladas.

Las disciplinas que soportan teóricamente este documento son la medicina, la psicología, el trabajo social, la nutrición, la política y la filosofía. En concordancia con la perspectiva ya mencionada, se revisaron libros de medicina, libros de enfermería, guías de intervención psicosocial, textos de nutrición, sistematizaciones de experiencias y políticas públicas y privadas para abordar los diferentes discursos y para analizar aquello que se nombra o menciona sobre los conceptos que fuerzan el fenómeno social propio de este trabajo. Dado que el quehacer médico se constituye a partir de registros e informes productos del seguimiento de archivos documentales y técnicas de observación para emitir un diagnóstico sobre un paciente, es indudable que estos documentos dan cuenta de una formación discursiva propia de la medicina. Desde esta mirada, se sitúa el rol que cumple el paciente y el personal de la salud en el surgimiento de nuevos acontecimientos.

⁸ Ibid. p. 24.

Conforme a la dinámica lingüística adoptada por las instituciones, si bien en el *Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010* del Gobierno de Álvaro Uribe Vélez, las políticas públicas relacionadas con las necesidades salubres de la población usan el término *no transmisible*, su desarrollo es muy superficial. Únicamente se referencia el término para señalar que: “Las enfermedades no transmisibles constituyen un problema crítico de salud pública, al ocupar un lugar importante en la morbilidad y mortalidad de los colombianos”⁹ y continúa refiriendo que: “Dentro de éstas, las enfermedades del sistema cardiovascular aumentaron significativamente en hombres como en mujeres y continuaron ocupando el primer lugar de magnitud, seguidas de las causas externas, tumores y superando incluso al conjunto de las enfermedades infecciosas transmisibles”¹⁰. Se denota entonces que si bien en el país se desarrollaron estrategias para responder efectivamente a la atención de dichas enfermedades, se consideró que era necesario “obtener la mejor evidencia científica disponible, que permita orientar la toma de decisiones en materia de política pública en torno a la prevención y el control de este grave problema en Colombia, mediante intervenciones poblacionales sobre sus factores de riesgo y el posible efecto que producirían las intervenciones sobre la carga de estas enfermedades en Colombia”¹¹. Esta situación implicó que para el año 2010 fuera necesaria la intervención de la academia para definir y ahondar en el desarrollo del término *Enfermedad Crónica no Transmisible* y sus repercusiones. Por ello, se diseñaron manuales y protocolos que se orientaran a la atención y prevención de las ECNT. “Las políticas de salud, las estrategias de investigación y los sistemas de salud en el mundo y, en especial en los países en desarrollo, se deben adaptar y fortalecer para enfrentar las enfermedades que tienden a desarrollarse más tarde en el ciclo de vida”¹²

⁹ DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, ESTADO COMUNITARIO: desarrollo para todos (2006-2010) - Álvaro Uribe Vélez. Gobierno de Colombia. p. 127.

¹⁰ Ibid. p. 127.

¹¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resúmenes de política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no Transmisibles. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2010. p. 14-15.

¹² Revista Biomédica. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Vol.31 No.4. 2011.P4

Es preciso anotar que la investigación está enmarcada en el periodo comprendido entre 2007-2012, pues es un margen de tiempo en el cual sobresalen diversos estudios epidemiológicos que exponen un incremento sustancial de las enfermedades crónicas. Además, es un periodo temporal en el cual tiene lugar el auge de investigaciones que han precedido a la implementación de políticas encaminadas a mejorar la salud y los servicios sanitarios para la atención de pacientes con *Enfermedad Crónica no Transmisible*. Esto se evidencia en la forma en que emergen y se empiezan a nombrar estas enfermedades en Colombia, pues surge y circula el término *no transmisible* para referirse a las enfermedades que prevalecen durante toda la vida y no tienen una característica contagiosa. El término se fortalece a través del uso mediado por instituciones como el Ministerio de Salud, La Universidad Javeriana y la Organización Panamericana de salud en el marco del convenio 485 del 2010, el cual desarrolló el estudio liderado por la Universidad Javeriana y las instituciones mencionadas denominado *Resúmenes de Política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles- Estilos de Vida Saludable y Enfermedades Crónicas no Transmisibles*.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Este proyecto se basa, principalmente, en el análisis de la emergencia que surge en torno a la concepción de la *Enfermedad Crónica no Transmisible* y su incidencia en la configuración de los discursos y subjetividades presentes en la población que se delimita como objeto de estudio, entre ellos, los pacientes y el personal médico. Desde un trabajo con perspectiva arqueológica - genealógica, se buscó rastrear documentos que mostraran cómo se ha instaurado en la actualidad el concepto de enfermedad crónica y cuáles son las categorías que han surgido con este proceso.

Por lo anterior, el presente estudio buscó hacer uso de las herramientas brindadas por el autor Michel Foucault con el fin de aportar conocimiento pertinente en Colombia de lo dicho sobre la emergencia del concepto de *Enfermedad Crónica No Transmisible*. Esto, pues en el campo de la salud, resulta ser uno de los temas más

controversiales en los análisis epidemiológicos que realizan periódicamente las entidades para monitorear y controlar la morbilidad y mortalidad en este tema.

Con la realización de este proyecto se quiso aportar un insumo académico a las instituciones involucradas, a saber: hospitales, centros de salud, colegios, centros de desarrollo comunitario, organizaciones no gubernamentales (ONG) y fundaciones, entre otras, con el fin de poder enriquecer la reflexión sobre las implicaciones que conlleva una ECNT y cómo este acontecimiento contribuye a la modelación de las subjetividades. De igual manera, se buscó mostrar las fuerzas que intervienen en la conformación de políticas públicas que miden y controlan los hábitos de vida de la población en temas de salud y cómo desde esas tensiones se adelantan estrategias de difusión y educación.

En esta investigación fue imprescindible identificar el carácter político que posee la emergencia del concepto de *Enfermedad Crónica no Transmisible* en el marco de la perspectiva arqueológica - genealógica y no lejos de la línea de Investigación de Socialización Política. Acorde con estos planteamientos, el proceso de análisis y reflexión política de las categorías se hizo a partir de lo planteado por Hannah Arendt sobre la política y la libertad: “La libertad empieza donde el ejercicio de la política termina”¹³, así pues, el cuestionamiento del sentido de la política también atravesó este proyecto. Hay que mencionar que luego de comprender la relación entre la política y la libertad, vale la pena cuestionar la manera en que se da, o no, la libertad de los sujetos a partir de las fuerzas que impulsan un modo de vida mediado por las ECNT. Estas fuerzas se materializan en una serie de dispositivos para el tratamiento de la enfermedad y su dominio. Así mismo, se destaca la necesidad de que el sujeto sea responsable de su vida y de asumir hábitos saludables para prevenir o tratar la aparición de una enfermedad crónica.

En el periodo estudiado se prestó atención especial a los dispositivos que surgen y coaccionan al sujeto dando lugar a la configuración de su propia subjetividad. Dado que “el dispositivo, en tanto red de relaciones, no posee una naturaleza estable,

¹³ ARENDT, Hannah. ¿Qué es La Política? Barcelona: Editorial Paidós, 1997. p. 61.

sino móvil, dinámica. Sus componentes, así como el conjunto de relaciones entre los mismos, varían en función del nivel de efectividad alcanzado en una coyuntura determinada”¹⁴, estas dinámicas terminan por instaurarse desde un saber fundado en los discursos y por ello son instancias delimitadas en un saber, en este caso, la medicina.

Finalmente, en cuanto al aspecto educativo en el proceso de indagación, se organizó en torno a la estructuración de procesos educativos no formales, para lo cual se tomó lo referido por Philip Hall Coombs como: “Toda actividad organizada, sistemática, educativa, realizada fuera del marco del sistema oficial, para facilitar determinadas clases de aprendizajes a subgrupos particulares de la población, tanto adultos como niños”¹⁵. De ahí que resulte importante tener en cuenta los dispositivos que se evidenciaron en los documentos revisados y analizados a la luz de la perspectiva ya mencionada, pues, justamente en estos documentos se da cuenta de las instrucciones para educar al sujeto acerca de su propia salud y autocuidado.

1.3 ESTADO DEL ARTE

En el presente estado del arte se pretende reconocer y profundizar el contenido de las investigaciones adelantadas en torno al tema de *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Esto, con el propósito de cimentar adecuadamente el problema de investigación planteado, los aspectos relevantes y los conceptos prioritarios; “por ello, se busca contextualizar la información disponible en la cual se delimitará parámetros de análisis y desarrollo del proyecto de investigación”¹⁶. Así pues, en

¹⁴ MILLER, Peter y ROSE, Nikolas. Political Power beyond the State: Problematics of Government. The British Journal of Sociology. London: London School of Economics and Political Science, 1992. vol. 43. N° 2. p. 183-184, citado por VEGA, Guillermo. El concepto de dispositivo en M. Foucault. Su relación con la “microfísica” y el tratamiento de la multiplicidad en Revista digital de Filosofía. ISSN 1850-3578. Septiembre. 2017. p. 139.

¹⁵ MORALES, Marcelo. Educación no Formal: Aportes para la elaboración de propuestas de políticas educativas. UNESCO, 2009. p. 24.

¹⁶ LONDOÑO PALACIO, Olga *et al.* Guía para construir Estados del Arte. Bogotá: International Corporation of networks of Knowledge, 2014. p. 5.

esta sección del texto se han revisado y organizado documentos e investigaciones realizadas en diferentes países, regiones, ciudades y entes institucionales que evidencian las problemáticas asociadas a la temática.

Algunos discursos señalan que las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* se asocian a los hábitos y estilos de vida no saludables. En Costa Rica se llevó a cabo una investigación de tipo descriptiva con trabajadores del Hospital de la Anexión, denominada *Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de la Anexión*. Allí se implementaron entrevistas directas y dirigidas con un muestreo estratificado al azar del 30% del total de empleados con un universo de 431 personas a 129, el 50 % entre los 40 y 49 años, donde la mayoría, 51.5 %, son mujeres. Se elaboró un cuestionario con sesenta segmentos distribuidos en cinco partes: aspectos sociodemográficos, historia clínica, hábitos alimentarios, actividad física y estrés¹⁷.

El propósito de dicha investigación fue “destacar la importancia de la nutrición, la obesidad, las enfermedades, los estilos de vida y el estrés, como parte de la visión de la salud ocupacional entre los trabajadores”¹⁸. El estudio hizo referencia, además, al estado nutricional desde sus particularidades bio estadísticas a partir del uso de los indicadores antropométricos y bioquímicos. Por otro lado:

Se mostró prevalencias de obesidad similares a las reflejadas en la Encuesta Nacional de Nutrición, y además evidenció la asociación, que existe entre obesidad y patologías crónicas no transmisibles, asociadas a mayor obesidad mayor presencia de ellas. Muchos trabajadores pueden tener comprometida su integridad vascular periférica y reumatológica. La presencia de las

¹⁷ VILLARREAL RAMÍREZ, Sara María. Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de la Anexión. En: Revista cienc. adm. financ. segur. Soc. Vol.11. N.1. 2003. ISSN 1409-1259. p. 2.

¹⁸ Ibid. p. 1.

enfermedades crónicas estudiadas y su aumento con la obesidad puede afectar la prestación de los servicios de salud¹⁹.

De allí, la autora aduce la necesidad de implementar una dieta saludable, involucrar prácticas de ejercicio y disminuir el consumo del tabaco y el alcohol para prevenir la aparición de una enfermedad crónica.

Asimismo, el estudio realizado por Peter Mc Coll y otros²⁰ permite evidenciar que la presencia de enfermedades crónicas se ha ido presentando con mayor prevalencia en los trabajadores de la salud, lo cual muestra, de manera paradójica, una contradicción si se tiene en cuenta que el personal de salud se convierte en un modelo a seguir para los pacientes. Dicha investigación de corte transversal titulada *Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso* adelantado en el año 2002, el cual se realizó con 242 estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso, Chile. Para ello se efectuó medición de talla, peso y presión arterial. Además, se cuantificó el hábito de fumar y la actividad física. Con el propósito de identificar la prevalencia de factores de riesgo de estas enfermedades en la población.

El anterior estudio concluyó que dicha prevalencia de factores de riesgo se presenta en alta proporción en este segmento de la población, lo cual realiza una invitación a los países a adoptar políticas públicas enfocadas en la prevención de ECNT en los profesionales de la salud.²¹

Siguiendo esta tendencia, se halló un estudio de tipo descriptivo correlacional denominado *Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos*, llevado a cabo en el año 2007, cuyo objetivo fue:

Establecer la frecuencia de comportamientos saludables en una muestra de profesionales colombianos de la salud y establecer si existe alguna relación

¹⁹ Ibid. p. 9.

²⁰ Mc COLL, Peter *et al.* Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso. En: Revista Chilena de Pediatría. Vol. 73. No. 5. 2002.

²¹ Análisis tomado del artículo original

entre su nivel de acuerdo con el modelo biomédico y su estilo de vida. Para ello se adaptó el cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida, tomado de Salazar y Arrivillaga y se tomó una muestra de 606 profesionales de la salud voluntarios (500 médicos y 106 enfermeras) en las principales ciudades de Colombia. Se encontró que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte²².

Así pues, la investigación enfatiza en el hecho de que la adopción de conductas y comportamientos saludables dependen, en gran medida, del aspecto subjetivo y del modo en que se percibe la enfermedad, concluyéndose qué factores de riesgo como la carencia de actividad física constituyen un principal factor de riesgo para la aparición de la enfermedad con más prevalencia en las enfermeras que en los médicos.²³

Adicionalmente, en la Universidad del Valle, se adelantó una investigación de tipo descriptivo y de correlación entre algunas variables titulada: *Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle*, elaborada en el año 2005, en donde se planteó como objetivo “identificar factores de riesgo para enfermedades crónicas en estudiantes de medicina; tomando a la población de 468 estudiantes que han cursado el núcleo de nutrición en el sexto semestre de carrera desde 1996 hasta 2002. Esta arroja como resultado una muestra de 12.8 % de estudiantes con sobrepeso y obesidad mayor en hombres que en mujeres y el 17 % presentaban lípidos sanguíneos por encima del nivel óptimo”²⁴. En los resultados se afirma que los problemas asociados a la diabetes y la obesidad se reflejan indudablemente en estos profesionales, por lo cual comienzan a emerger medidas preventivas para prestar atención a dichas problemática de salud pública. Además, se expone la

²² SANABRIA FERRAND, Pablo Alfonso; GONZÁLEZ, Luis y URREGO, Diana. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. En: Revista Médica. ISSN 0121-5256, 2017. p. 2.

²³ Análisis elaborado a partir de las conclusiones de la investigación.

²⁴ CASTILLO, Germán Gabriel *et al.* Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. CIMEL. En: Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana: 2005. p. 37.

obligación que deben adquirir las instituciones para dotar al personal de la salud de características idénticas a los estándares necesarios para controlar la frecuencia de las *Enfermedades Crónicas No Transmisibles*.

De acuerdo con el rastreo, se pudo identificar que la emergencia de la *Enfermedad Crónica no Transmisible* representó una amenaza sustancial a niveles social, económica y cultural. Por esta razón, siempre se desea prevenir su aparición o desarrollo con la adopción de estilos y comportamientos saludables, los cuales sugieren una disminución en el riesgo de contraerlas o evitar altas estadísticas de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, los estudios también refieren que estos hábitos se encuentran asociados a la motivación y el interés que tienen los profesionales de la salud por implementar medidas preventivas que beneficien su propia salud. Vale la pena señalar el carácter contradictorio que se identifica, pues son personas que se encargan de educar a los pacientes para la prevención de riesgos de la salud, sin embargo, muchos de ellos presentan obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares; situación que abre un debate en torno a la adherencia de las conductas socialmente aceptadas inmersas en un sistema de reglas asociadas al deber ser en la salud.

Lo anterior permite cuestionar aquello que Foucault denominaría dominación mediante las reglas. En sus palabras: “El gran juego de la historia es para quien se apodere de ellas, ocupe el puesto de los que la utilizan, se disfrace para pervertirlas, utilizarlas al revés y volverlas contra los que la habían impuesto; para quién introduciéndose en el complejo aparato lo haga funcionar de tal forma que los dominadores se encuentren dominados por sus propias reglas”²⁵. Así pues, se identifica que estas reglas que se presentan a los pacientes, en muchas ocasiones, no son adoptadas por los mismos prestadores de servicios de salud.

En realidad, el determinante del estilo de vida representa en sí mismo un producto complejo, pues:

²⁵ FOUCAULT. Op. Cit., p. 41.

Los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Este se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales²⁶.

Esto indica que también se deben tener en cuenta factores personales, ambientales y sociales que convergen no solo en el presente del individuo, sino también de la historia interpersonal.

Además, en cuestiones de género, en estos estudios se atribuye a la mujer una afectación acentuada de la enfermedad refiriendo que:

Al avanzar la edad, tienden a presentar más reacciones adversas a los medicamentos que los varones de la misma edad y una mayor prevalencia de incontinencia urinaria. Además, aunque el 52% de todas las muertes por enfermedad cardíaca y el 61% de todas las muertes por accidente cerebrovascular en los Estados Unidos corresponda a mujeres, es menos probable que reciban tratamiento médico para los problemas cardiovasculares antes de su muerte²⁷.

Así mismo, al problematizar la situación de las enfermedades crónicas, hay afirmaciones las cuales indican que:

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la prevalencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y con estilos de vida poco sanos está creciendo en muchos países. Al aumentar la prosperidad y la urbanización, las dietas tienden a ser más ricas en energía y en grasas (especialmente

²⁶ SANABRIA FERRAND, Pablo Alfonso; GONZÁLEZ, Luis y URREGO, Diana. Op. Cit., p. 3.

²⁷ Ibid. p. 4.

saturadas) y a tener un contenido menor de fibra y de carbohidratos complejos y uno mayor de alcohol, de carbohidratos refinados y de sal²⁸.

Dando continuidad a lo referido, en la mayoría de las investigaciones revisadas permanece una aseveración que ubica el problema central en la irresponsabilidad de las personas para adoptar un estilo de vida determinado. En este orden de ideas, los investigadores²⁹ concluyen que, dado que el personal de salud conoce los parámetros de autocuidado, tendría que tener un mayor porcentaje de éxito en la práctica de la medicina preventiva. Sin embargo, en muchas ocasiones no es así, lo cual implica un problema adicional, pues no solo termina siendo una dificultad que compete a ellos, sino también a sus pacientes.

También cabe señalar que se hallaron estudios enfocados en las estrategias de prevención y control desde programas y políticas públicas centradas en la atención de la *Enfermedad Crónica no Transmisible*. La investigación *Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles en Cuba*, la cual se adelantó en el año 2000 por Ricardo Batista Moliner, tuvo como propósito el monitoreo de dos vertientes fundamentales: los factores de riesgo y los daños (morbilidad y mortalidad) a partir de un sistema de estadísticas continuas mediante registros primarios (hoja de actividades diaria, egresos hospitalarios certificados de defunción). En el proyecto se afirma que “el modo y estilo de vida, los factores ambientales bio genéticos, las condiciones de atención a la salud y los servicios médicos constituyen los determinantes del estado de salud de la población”³⁰. En síntesis, este estudio brinda una serie de estrategias para vigilar las problemáticas asociadas a las enfermedades del corazón, enfermedad cerebrovascular, tumores malignos, asma bronquial, así como los factores de riesgo y ambientales.

El anterior estudio permitió mostrar que en la vigilancia de las ECNT quedaron establecidos 2 aspectos para su monitoreo: los factores de riesgo y los daños (morbilidad y mortalidad). Lo cual permitió destacar que problemas vigilar y el modo

²⁸ Ibid. p. 4.

²⁹ Ibid. p. 11.

³⁰ BATISTA MOLINER, Ricardo et al. Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles en Cuba. Revista Cubana High Epidemiologic. V. 38. N. 2. 2000 p. 77.

de obtención de los datos para la posterior retroalimentación de los resultados³¹De esta manera, poseer un control en el auge y prevención de la enfermedad.

También se encontró la investigación chilena titulada *Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto* de Raquel Burrows, en el año 2000 y llevada a cabo en Chile³²; en esta se destaca la importancia de poner atención especial a la prevención de la obesidad infantil, dado que no tiene sentido fragmentar la atención para adultos, por un lado, y para niño por el otro, pues los problemas que se evidencian en la infancia, tendrán repercusiones en el futuro. Por lo tanto, la autora hace un llamado a los países y regiones para implementar en sus políticas internas una atención global de la salud a la población en general, pues las ECNT no son un asunto exclusivo de la población adulta mayor. Con esto se puede denotar el alcance del juego de reglas adoptadas para el tratamiento de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* desde una etapa temprana del ciclo vital.

El trabajo inmediatamente anterior destacó que “La prevalencia de la obesidad en la niñez y adolescencia ha aumentado en forma significativa en los últimos 30 años y este es un comportamiento globalizado que incluye a países desarrollados y en vías de desarrollo. En Chile este incremento ha sido especialmente dramático en los últimos 12 años, observándose un aumento de aproximadamente 1,5% cada año. Actualmente, uno de cada cuatro niños o adolescentes es obeso y uno de cada tres está en riesgo de serlo”³³

Estos resultados se relacionan con una investigación acerca de los mitos sobre la prevención y el control de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles en América Latina* de María Cristina Escobar, adelantada en el año 2000 , la cual tiene como propósito mostrar los mitos que circulan alrededor de las ECNT y que impiden la implementación de programas, esto demuestra “que los mitos no son ciertos y se

³¹ Tomado del análisis realizado en la investigación

³² BURROWS, Raquel. *Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto*. En: Revista médica chilena. Vol.128. N.1. 2000.

³³ Ibid. P1.

discuten los retos a vencer para encontrar una política equilibrada en salud que resalta la importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles sin olvidar la de las otras enfermedades”³⁴. Este trabajo concluye que los mitos alrededor de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles enfatizan en la idea de que son: “degenerativas e incurables; enfermedades de la vejez, y enfermedades de los ricos”³⁵. Esto da cuenta de la necesidad de establecer programas preventivos a nivel primario y secundario con el condicionante costo-beneficio de los mismos. Además, pone como ejemplo el programa CARMEN (Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no transmisibles), el cual señala la importancia de prestar atención al control de estas patologías, puesto que conllevan a una multiplicidad de factores que imprimen complejidad en su tratamiento.

Por su parte, en la investigación *Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar* del año 2014 por Germán Málaga, la cual fue desarrollada con el fin de analizar los cambios sustantivos que se produjeron con el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles en Perú, se afirma que: “Aún no se tienen concreciones más allá, que establecer días dedicados a algunas de estas enfermedades, la implementación y ejecución de programas como el plan Esperanza (enfocado en el desarrollo de actividades en Cáncer)”³⁶. Esta aseveración constituye una estrategia de vigilancia y control permanente, en donde se busca indagar acerca del comportamiento que va adquiriendo cada una de las enfermedades crónicas no transmisibles y con ello recoger información que pueda servir de insumo para tomar acciones preventivas para la población.

En contraste con las investigaciones que se han presentado hasta ahora y que evidencian datos y reflexiones de corte salubre, el trabajo *Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales*³⁷

³⁴ ESCOBAR, María Cristina *et al.* Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. En: Salud pública de México. Vol. 42. No 1. 2000. p.56.

³⁵ Ibid. P2

³⁶ MÁLAGA, Germán. Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. Revista peruana de medicina y salud pública. V. 31. N.1. 2014. P. 27.

³⁷ LÓPEZ TORRES, Teresa Margarita. Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. En: Revista Universidad de Guadalajara. 2007.

elaborado en el año 2007 en México por Teresa Margarita López Torres, dio cuenta de un proyecto de corte cualitativo que se enfocó principalmente en el sujeto y su relación con la ECNT. Así pues, la autora explicita que las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* también tienen un componente humano y por ende no deben ser evaluadas únicamente a partir de lo que sucede físicamente con un paciente crónico, sino que también se debe observar y reflexionar acerca del modo en que este paciente percibe su enfermedad y tratamiento.

Lo anterior, en contraposición “con la perspectiva desde fuera, abundante desde la mirada médica, la cual minimiza o ignora la subjetividad real del que sufre. La perspectiva desde dentro se centra directa y explícitamente en la experiencia subjetiva de vivir con uno o más padecimientos”³⁸. Del mismo modo, el artículo *Polifarmacia en los adultos mayores*, llevado a cabo por Cesar Martínez Querol también destaca la importancia de tener en cuenta la manera en que un paciente asume el tratamiento de la enfermedad. Esta investigación de tipo exploratorio y corte transversal se desarrolló con la población adulta mayor de un consultorio médico de familia del *Policlínico Ana Betancourt* ubicado en la ciudad de la Habana durante el año 2003. La institución contó en ese momento con un número de 142 pacientes adultos; a 118 de ellos se les aplicó una encuesta en donde se consignaron las enfermedades que padecían.

Los autores señalaron que “el 49% de los encuestados presentan hipertensión arterial, es decir 58 adultos, la Osteoartrosis en 40 adultos, representado en 34 % de la población, la cardiopatía isquémica en 26 ancianos, que corresponde al 22 %, la diabetes Mellitus en 14 adultos (12%), la enfermedad cerebrovascular en 9 (8%) y la Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica en 8 personas (7 %)”³⁹. Conforme a estos datos, se infiere que los adultos mayores combinan diversos fármacos de manera diaria para el tratamiento de sus enfermedades, en la mayoría crónicas, lo cual constituye un problema adicional: “la utilización de múltiples preparados farmacológicos prescritos o no, se ha constituido junto con el delirio, las demencias,

³⁸ Ibid. p. 2.

³⁹ MARTÍNEZ QUEROL, César *et al.* Polifarmacia en los adultos mayores. En: Revista Cubana Medicina General Integral. V. 21. N. 1-2. 2005. p. 2.

las caídas, la inmovilidad y la incontinencia en uno de los grandes retos a la geriatría de nuestros tiempos”⁴⁰.

De lo anterior se deriva que “la morbilidad múltiple que acompaña al envejecimiento facilita comprender el aumento del consumo de drogas en este grupo poblacional, lo que complica más el tratamiento”⁴¹. De conformidad, parte de la comunidad científica e investigadores reconocen por qué es necesario conocer la experiencia subjetiva de quien padece una enfermedad crónica, pues las políticas públicas siempre se han diseñado a partir de una mirada exterior que desconoce los discursos sobre la enfermedad y cómo se muestran los enunciados acerca de los modos y condiciones de vida.

Durante la revisión documental se identificó que la mayoría de investigaciones están basadas en datos estadísticos y generales. Así, se correlaciona la *Enfermedad Crónica no Transmisible* con múltiples factores causales, de tal forma que se puede denotar una tendencia cartesiana para el análisis de la problemática, es decir, se desarrolla una construcción de continuidad de la situación que padecen millones de personas. Este proceso tiene implicaciones importantes, pues, justificados en estos estudios, organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Banco Mundial (BM) adoptan medidas estructurales en la intervención y tratamiento de las ECNT.

Sin embargo, no se puede negar que en varios de estos trabajos se observa una tendencia a demarcar un abordaje integral frente a las ECNT. Se reconoce entonces que existen condiciones multifactoriales que van más allá de un análisis estadístico, explicativo y causal. Para el año 2011 en Cuba se publica el estudio *Enfermedades crónicas y vida cotidiana* por la autora Loraine Ledón Llanes en el cual se afirma que:

Las enfermedades crónicas rebasan los marcos institucionales sanitarios y abarcan la vida cotidiana de la persona, así como sus redes sociales. Una vez

⁴⁰ Ibid. p. 1.

⁴¹ Ibid. p. 1.

instauradas pueden producir cambios psíquicos y corporales intensos y modificar áreas de vida significativas, lo cual demanda de las ciencias de la salud superar el enfoque exclusivamente centrado en signos y síntomas físicos para dirigir la atención hacia la repercusión de la enfermedad sobre los diferentes ámbitos de la vida de la persona enferma, defendiendo un marco de comprensión y abordaje cada vez más holístico⁴².

De conformidad con el segmento citado, la autora también aborda la enfermedad desde aspectos socioculturales, modos de vida, relaciones con otras personas, estado de la salud física y psicológica. Además, señala que: “Sobre estas bases, el trabajo propone reflexionar sobre la articulación entre los significados atribuidos a los procesos de enfermedad, las construcciones sobre el cuerpo y el género, desde la experiencia de vivir con enfermedades crónicas en los diferentes espacios de expresión social: las relaciones interpersonales, las ocupaciones, la familia, la pareja y la sexualidad”⁴³.

Este estudio también afirma que las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* alteran la vida cotidiana de las personas que son diagnosticadas, lo cual afecta sus ocupaciones, pues “muchas personas se ven expuestas a interrumpir sus ocupaciones laborales durante períodos más o menos prolongados, incluso permanentes, lo que conduce a inestabilidades económicas que también pueden tener efectos sobre el proceso de atención de salud”⁴⁴. Refiere asimismo que en la familia se modifican las relaciones dado que “las referencias de las personas con enfermedades crónicas suelen estar imbuidas de una profunda conciencia de sufrimiento familiar y de consecuentes sentimientos de culpa a partir de construirse a sí mismos/as en términos de "carga" familiar”⁴⁵, lo cual implica que se atraviesa toda la subjetividad del paciente.

⁴² LEDON LLANES, Loraine. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. En: Revista Cubana de Salud Pública. V. 37. N. 4. 2011. p. 489.

⁴³ Ibid. p. 490.

⁴⁴ Ibid. p. 492.

⁴⁵ Ibid. p. 493.

Hay que mencionar, además, que tal como se involucran las ocupaciones y el relacionamiento familiar, la vida sexual también se altera. Las personas con ECNT poseen un deterioro en la vida sexual dado que:

La imagen de sexualidad que construyen los sujetos con estas enfermedades, y que refuerza la perspectiva biomédica más tradicional, continúa partiendo de un enfoque normativo ("la" sexualidad), fragmentado (en fases, aspectos, disfunciones), despojado de sus vínculos con lo psico-socio-cultural, y que eclipsa la gran relevancia de los aspectos vinculares y de intercambio humano presentes en cada expresión sexual. Su resultado: un "saber" restringido sobre las sexualidades de personas con enfermedades crónicas, y un proceso de atención en salud poco coherente con las necesidades reales de estos grupos humanos⁴⁶.

Es perentorio mencionar que el estudio también alude a que: "Recuperar las voces de las múltiples redes sociales en las que el sujeto se integra y desde las cuales construye su historia de salud, visualiza las manifestaciones de su enfermedad, se inserta en los espacios de atención, se enfrenta a múltiples demandas, aprende, lucha, se reconstruye a sí mismo/a; constituye también un camino para potenciar el bienestar, la salud y la calidad de vida"⁴⁷. Esto implica que, si bien el estudio se aborda metodológicamente desde un punto de vista más integral, aún se evidencia la tendencia economicista que motiva, principalmente, el interés en el desarrollo de estas investigaciones.

En síntesis, la revisión de los estudios sobre las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* evidencia un interés alto por el tema, lo cual trae consigo una preocupación notable en los estados y países. Por lo tanto, se espera que la población conozca las consecuencias que acarrea la no práctica de hábitos de autocuidado y estilos de vida saludable.

Con relación a lo expuesto, para el desarrollo del presente estudio, se busca rastrear de manera rigurosa la puesta en marcha del concepto de *Enfermedad Crónica No*

⁴⁶ Ibid. p. 496.

⁴⁷ Ibid. p. 496.

Transmisible en Colombia, aspecto que en los estudios revisados no se aborda. Esto, pues resulta necesario el análisis de la emergencia del concepto para el fortalecimiento de su comprensión en los ámbitos académicos, teóricos y prácticos. En este sentido, se reconoce la posibilidad para re pensar el sujeto enfermo y su configuración, pues para realizar la genealogía, se debe refundar en aquello que para los historiadores fueron pequeñas verdades sin apariencia, pero que permitió instaurar un discurso sobre la *Enfermedad Crónica no Transmisible*.

En este estudio se destaca la necesidad de indagar acerca de la aparición del concepto de ECNT en Colombia. Actualmente, estas enfermedades son consideradas una amenaza a nivel mundial y local, así lo afirman los diversos informes y publicaciones producidos por instituciones académicas y organismos internacionales en la implementación de las políticas públicas en salud. Por esta razón existen planes, programas, proyectos, actividades y tareas enfocadas a la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad en las enfermedades de este grupo; a saber, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Teniendo en cuenta lo anterior, como investigadores, desde la perspectiva arqueológica - genealógica propuesta por Foucault, la aparición de las ECNT no se restringe únicamente a una serie de comportamientos insalubres ejecutados por personas responsables de la amenaza epidemiológica que representan a nivel mundial. Dicho discurso epidemiológico propone al sujeto la asunción de una serie hábitos de vida denominados *saludables*, bajo la *cultura del cuidado* y el *autocuidado*, en donde recae sobre sí mismo la responsabilidad de modificar dichos comportamientos *insalubres*^{48*}.

A partir de las reflexiones anteriores surgen algunas preguntas: ¿cómo se ha llegado hoy a comprender la enfermedad crónica no transmisible? y ¿de qué modo dicha concepción favorece cierta subjetividad y no otra? De aquí emerge el

^{48*} La cursiva es propia de los autores y tiene la intención de mostrar las categorías que circulan.

interrogante acerca de las concepciones sobre la *Enfermedad Crónica no Transmisible* y su emergencia en el contexto nacional.

La perspectiva de esta investigación, como ya se ha mencionado, se ejecuta desde dos frentes: uno arqueológico y otro genealógico. En el primero se propende por rastrear los conceptos y sus distintas definiciones en diversos escritos y documentos recuperados en superficies como la prensa, las revistas, la legislación, las políticas públicas, los tratados especializados, los programas de atención en las instituciones de salud. Por su parte, en el segundo frente, se rastrean las fuerzas en juego para concebir de un modo terminado el concepto de interés para dar cuenta de su transformación.

Para el caso de este trabajo, las fuerzas que irrumpen para pensar la salud, los hábitos y los estilos de vida saludable dan cuenta de una preocupación exacerbada gracias al incremento de estas enfermedades que constituyen un problema de la salud pública. Sin embargo, las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* no se producen en la continuidad, más bien, tienen su emergencia en un momento particular; se manifiestan en la ruptura de distintas fuerzas que se producen bajo una serie de condiciones de posibilidad.

Es necesario mencionar que para el desarrollo de esta investigación es esencial el documento como elemento de análisis, pues tal como refiere Foucault: “Se trata de definir en el propio tejido documental unidades, conjuntos, series, relaciones”⁴⁹. El documento como insumo esencial resulta muy valioso pues allí circulan diversos discursos sobre la *Enfermedad Crónica no Transmisible* para rastrear el concepto y visualizar su transformación a partir de la comprensión de las fuerzas que participan en tal movimiento.

Para indagar en el concepto de enfermedad se aborda la obra *Breve historia de la medicina: De la antigüedad hasta nuestros días* del autor Roy Porter, en la que se muestra la historia de la enfermedad, el médico, el hospital y sus relaciones con el

⁴⁹ FOUCAULT. Op. Cit., p. 10.

cuerpo y la atención sanitaria. La investigación se preocupa entonces por identificar el momento en el que irrumpe el concepto de ECNT y cómo a partir de ese contexto se configura tanto en el discurso médico y como en el de la sociedad en general. En el texto se afirma que: “Las epidemias brotan con las sociedades; la enfermedad ha sido, y seguirá siendo un producto social no menos importante que la medicina que la combate”⁵⁰, lo cual permite inferir que el acontecimiento de la enfermedad es tan antiguo que su irrupción emerge en el momento mismo en el que lo hacen las civilizaciones.

Asimismo, la obra *La historia de la clínica* del autor Michel Foucault ofrece “un modo de ver, una mirada nueva de la relación médico-paciente enfermedad”⁵¹. El autor menciona la mirada médica como el proceso integral de atención a un paciente con una enfermedad el cual posee una complejidad intrínseca, aspecto que invita a indagar en la aparición de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*:

La percepción médica no debe dirigirse ni a las series, ni a los grupos; debe estructurarse como una mirada a través de una lupa que, aplicada a las diferentes partes de un objeto, hace aún notar en él otras partes que no se percibían sin ella y emprender el infinito trabajo del conocimiento del individuo⁵².

No hay que perder de vista que los saberes que circulan en los discursos sobre la enfermedad crónica son, principalmente, médicos. Así pues, hay un enfoque permanente en el conocimiento de la enfermedad: su localización y clasificación; dónde se sitúa y a dónde se desplaza. Estos insumos brindan, básicamente, herramientas para definir un tratamiento efectivo sobre el cuerpo. Sin embargo, los pacientes se enfrentan a una forma de atención de la enfermedad en la que predomina la institucionalidad y su concepción del padecimiento que se vive. Así,

⁵⁰ PORTER, Roy. *Breve Historia de la Medicina: de la antigüedad hasta nuestros días*. Editorial Santillana. 2004. p. 25.

⁵¹ FOUCAULT, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Editores Argentina S.A, 2004. p. 1.

⁵² *Ibid.* p. 33.

Foucault da cuenta de la mirada hospitalaria de la enfermedad invitando a analizar los otros lugares posibles para su tratamiento y clasificación.

En este punto es donde se evidencia la presencia de unos dispositivos de poder y saber que deben ser estudiados para comprender cómo las prácticas contribuyen a configurar cierto tipo de sujetos. Surge entonces una pregunta: ¿qué sucede cuando lo que conviene para prevenir tales *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* está en contravía con la realidad de los sujetos a quienes dichas prescripciones van dirigidas? En este sentido, resulta pertinente recordar la afirmación de Foucault en la cual señala que “el cuerpo de los sujetos está totalmente impregnado de historia, y la historia arruinando al cuerpo”⁵³. En otras palabras, es clave entender que el sujeto vive con una serie de contradicciones eternas.

El cuerpo, como el componente material del sujeto, es el lugar tanto de la enfermedad como de la cura. Esto involucra, por supuesto, la prevención y el tratamiento de la enfermedad crónica. Ahora bien, es posible pensar entonces que “la técnica del disciplinamiento, que antes se basaba en el cuerpo, ahora se basa en el control de la vida y se convierte en un fenómeno de masas”⁵⁴. Lo anterior, se entiende como el control del sujeto a modo individual a partir de las prácticas sobre el cuerpo y con el cuerpo, así como el control sobre la población.

La información descrita en este apartado del texto permite formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las concepciones sobre la *Enfermedad Crónica no Transmisible* y su emergencia en la configuración de la subjetividad?

⁵³ Ibid. p. 31-32.

⁵⁴ PIEDRA GUILLÉN, Nancy. Relaciones de poder: leyendo a Foucault desde la perspectiva de género. En: Revista de Ciencias Sociales (Cr). Vol. IV. No.106. 2004.

1.4 OBJETIVOS

GENERAL

Mostrar y analizar la emergencia de la concepción de las *Enfermedades crónicas no Transmisibles* y su incidencia en la configuración de la subjetividad.

ESPECÍFICOS

Identificar los discursos presentes en el fenómeno de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles para su posterior análisis.

1.5 METODOLOGÍA

La presente investigación se sirve de la perspectiva foucaultiana, la cual brinda una caja de herramientas que posee insumos para la realización de un proceso de investigación enfocado en reconocer las características tanto de la arqueología, como de la genealogía del concepto central. No hay que perder de vista que esta última se refiere a una actividad “gris, meticulosa y pacientemente documental”⁵⁵ que “trabaja con pergaminos embrollados, borrosos, varias veces reescritos”⁵⁶. Este proceso necesariamente involucra la lectura e indagación de todos los documentos producidos en varios medios de información, ya sean periódicos, revistas, investigaciones o panfletos donde se encuentran los discursos pertinentes a la investigación. Por este motivo, es perentorio adoptar una postura particular frente al abordaje de la problemática a investigar con las herramientas dispuestas por el autor; por ende, se exige al investigador como genealogista “minucia, gran número de materiales acumulados, paciencia”⁵⁷.

En las características que define Foucault para la conformación de sus herramientas de investigación, relaciona que la genealogía en “sus ‘monumentos ciclópeos’ no debe construirlos a golpe de ‘grandes errores beneficiosos’, sino de ‘pequeñas

⁵⁵ FOUCAULT. Nietzsche, La Genealogía, La Historia. Op. Cit. p.11.

⁵⁶ Ibid. p.11.

⁵⁷ Ibid. p.11-12.

verdades sin apariencia', establecidas según un método riguroso. En resumen, un cierto empeño en la erudición"⁵⁸. Esto implica un compromiso del investigador frente a la conformación de un proyecto que no se queda en las grandes verdades, sino que también indaga todo medio de difusión en el que se exprese un discurso. Es decir, no todo documento validado es el único capaz de aportar sentido a la investigación.

La historia juega un papel importante en la indagación, de la mano de la genealogía: "La historia genealógicamente dirigida, no tiene por meta encontrar las raíces de nuestra identidad, sino, al contrario, empeñarse en disiparla; no intenta descubrir el hogar único del que venimos, esa patria primera a la que los metafísicos prometen que regresaremos; intenta hacer aparecer todas las discontinuidades que nos atraviesan" ⁵⁹. De esta manera, Foucault brinda elementos importantes en el desarrollo de la investigación por medio de elementos que se desprenden de una tradición científicista, pero, sin dejar de lado la rigurosidad en los procesos definidos en su teoría; aspecto fundamental para el análisis de la problemática de esta investigación.

Luego de expresar los puntos ya descritos en cuanto a la perspectiva metodológica de este proyecto, en este documento, el lector encontrará una serie de capítulos elaborados de acuerdo a enunciados propios de los discursos que giran en torno a la enfermedad crónica no transmisible. El desarrollo del texto muestra las articulaciones que se evidencian en este fenómeno epidemiológico, especialmente en los aspectos económicos, sociales y políticos. Cabe mencionar que el fenómeno de las enfermedades crónicas no transmisibles constituye acontecimientos que emergen en el intersticio y los conceptos que subyacen se construyen a partir de lo que se dice del acontecimiento. Por ende, la arqueología- genealogía se basa en el rastreo de conceptos a partir de la emergencia de las ECNT en la temporalidad estudiada.

⁵⁸ Ibid. p.12-13.

⁵⁹ Ibid. p. 67-68.

Inicialmente se presenta el capítulo alusivo a salud, en el cual se pretende mostrar cómo los diferentes entes de salud, las políticas y las múltiples estrategias aparecen para modelar la subjetividad. Se explicita cómo el proceso orientado a prevenir la aparición de una *Enfermedad Crónica no Transmisible* está mediado por el afán de controlar los costos para el sistema de salud. En este capítulo se evidencia también cómo se configura el sujeto y cómo se concibe la aparición de una enfermedad crónica a partir de los conceptos de hábitos y estilos de vida saludable.

En el segundo capítulo el enfoque está enmarcado en el paciente. Se presenta un análisis sobre cómo el sujeto es influenciado por el discurso médico, las instituciones de salud y las estrategias utilizadas desde las políticas públicas. Así mismo, se presentan las inconformidades relacionadas con su atención y demanda de atención en salud, en donde prevalece la idea de un autocuidado para mantener un estado de salud óptimo. También se deja en evidencia un choque de fuerzas en donde prevalecen los medios de comunicación que muestran al paciente diversos productos y hábitos que no son necesariamente saludables. Con esto emerge la idea de la transformación del sujeto en función del autocuidado y sus derechos sociales en materia de salud.

Finalmente, el tercer capítulo está enfocado en la enfermedad. Allí se expone cómo las circunstancias políticas, económicas y sociales configuran la atención del paciente crónico. Se presenta cómo el hecho de requerir atención para el tratamiento de la enfermedad produce en el paciente una serie de cambios y estados que van desde la incertidumbre hasta el temor por la muerte. Además, se muestra el control que ejercen las instancias gubernamentales para la prevención de la *Enfermedad Crónica no Transmisible* a partir del disciplinamiento y la regulación del comportamiento de la población colombiana.

CAPÍTULO I: SALUD

¿Salud vs. enfermedad crónica?

En Colombia, el tema de la salud durante el periodo comprendido entre 2007-2012 y el abordaje de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* ha sido foco de atención, pues este concepto se ha posicionado en los distintos procesos políticos y estructurales del sistema de salud y la agenda pública. Además, hoy día continúa circulando con mayor fuerza dadas circunstancias de carácter epidémico que implican que si bien no se transmiten de persona a persona, su aumento representa una amenaza para la sociedad hoy en día globalizada. Esto implica que haya una transformación en la propia configuración del sujeto con una enfermedad denominada *no transmisible*, como la diabetes, la enfermedad crónico pulmonar, la hipertensión, el cáncer o la enfermedad renal.

Ante esta situación, se puede mencionar que los distintos dominios y saberes que sitúan estas enfermedades como foco de atención son los que invitan a indagar el tema desde la perspectiva arqueológica - genealógica. Dado que esos dominios no corresponden sólo al ámbito social, sino también al político y económico, a través de la adopción de definiciones y conceptos, se vinculan indirectamente con la gobernabilidad del Estado colombiano.

Por consiguiente, la salud se sitúa como un elemento fundamental en las relaciones sociales, económicas y políticas, lo cual exige la conformación de una definición institucionalizada y transmitida de país en país y de institución en institución para emplear un discurso fortalecido y articulado ante el conjunto de enfermedades que comprenden el objeto de análisis. Así pues, en las instituciones se concibe que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁶⁰; definición que implica tener en cuenta

⁶⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Preguntas frecuentes: ¿cómo define la OMS la salud? En Línea, 1948.

un camino de acción para los diferentes actores que entran en escena en el abordaje de estas enfermedades.

La persona diagnosticada con una *Enfermedad Crónica no Transmisible*, con sus múltiples diagnósticos clínicos subyacentes, se enfrenta a procesos de estimulación para la aparición de un sujeto oyente de unos saberes que articula en su cotidianidad a partir de nuevas experiencias y discursos vinculados a su vida. Estos discursos le señalan cómo debe ser, quién es, cómo debe actuar y qué debe sentir, en otras palabras, estos discursos atraviesan su por medio de las emociones e incertidumbres diversas.

Emergen aquí algunas formas de configuración del sujeto. En este proceso se cuestiona y se interroga, pero también se resiste o se acepta; esta resistencia sobresale en un cuerpo que es visto como “superficie de inscripción de los acontecimientos (mientras que el lenguaje los marca y las ideas los disuelven), lugar de disociación del Yo (al que trata de prestar la quimera de una unidad substancial); volumen en perpetuo desmoronamiento”⁶¹. Es en el cuerpo donde se localizan diversas manifestaciones de enfermedad y su aparición sintomática contrae unas características que, de manera imperativa, instruyen su realidad y moldean su curso.

Así pues, el cuerpo humano toma un interés especial para las instancias y saberes que dominan el discurso de la salud. En un primer momento, y con mayor fuerza, circula en la opinión pública la definición de un sujeto enfermo crónico con una responsabilidad por haber desarrollado la enfermedad que lo determina, que no tiene cura y que permanecerá en su ser para toda la vida. En un segundo momento, se establece un discurso que afirma que: “Es necesario desarrollar instrumentos validados y estrategias educativas que desarrollen conductas que no sólo potencien la salud, sino que contribuyan también a la formación de un individuo responsable y productivo, que optimice el autocuidado y que mejore la adherencia a los

⁶¹ FOUCAULT. Nietzsche, La Genealogía, La Historia. Op. Cit., p. 32.

tratamientos”⁶²; discurso en el cual se precisa al enfermo como un sujeto que tiene una deuda social.

El trabajo de los organismos que atienden a las poblaciones en el ámbito de la salud descarga su peso en el sujeto enfermo. Dicho sujeto es visto y tratado como el responsable principal de la propagación epidémica de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*, pues, hacerlo distinto, supone la implementación de algunas técnicas como: “policiales, médicas, psicológicas, que corresponden a la vigilancia, el diagnóstico, la transformación eventual de los individuos”⁶³. Todas estas técnicas son las herramientas del saber médico para abordar al sujeto enfermo ante los procesos de atención o prevención de la enfermedad.

Ante todo, se plantea la transformación del individuo trabajador, como ser que produce en el sistema económico: un sujeto que requiere plena salud corporal porque se espera que el cuerpo y la mente trabajen las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin dejar de lado que son necesarias algunas herramientas educativas para acentuar esta conducta esperada. Entonces, el discurso de salud se enfrenta con las circunstancias de la enfermedad. Este discurso propone al ser humano en su integralidad y se sitúa en la necesidad de forjar un sujeto en función social y laboral con vigilancia y reforzamiento desde el contexto familiar.

Se recuerda entonces la idea planteada por Foucault como *tecnologías de seguridad*: “La seguridad, a diferencia de la ley que trabaja en lo imaginario y de la disciplina que trabaja en lo complementario de la realidad, va a trabajar en esta misma, para lo cual intentara, en virtud y a través de toda una serie de análisis y disposiciones específicas, hacer que esos elementos actúen unos con respecto a otros”⁶⁴. Por ende, el paciente con una ECNT constituye un problema con

⁶²ACHURY, Diana Marcela; SEPULVEDA, Gloria y RODRIGUEZ, Sandra. Validez de apariencia y de contenido de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. En: Revista Investigación en enfermería: imagen y desarrollo. Vol. 10 No. 1. 2008. p. 5.

⁶³FOUCAULT, Michel. Seguridad, territorio y población. México: Fondo de Cultura Económica, 2011. p. 20.

⁶⁴Ibid. p. 69.

repercusiones sociales y económicas, lo cual se opone al ideal de un sujeto que circule de la manera esperada en el contexto social.

En el caso colombiano, y en el ejercicio de análisis de la salud en el periodo que se quiere mostrar, opera el Sistema de Seguridad Social Integral: Ley 100 de 1993; una medida para regular la política social acorde con la capacidad económica de los pacientes. En esta ley los pacientes se configuran como usuarios de un servicio y son clasificados conforme a su nivel socioeconómico y su capacidad de ingreso para pagar la salud. Se clasifican entonces tipos de participantes: “Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago”⁶⁵. Por otro lado, están los usuarios del régimen subsidiado:

Las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago⁶⁶.

En la Ley 100 se traza una serie de límites y alcances que no responden realmente a las necesidades de salud que pueden tener los enfermos crónicos. Más bien, están enfocados netamente en su régimen, capacidad económica y adherencia a un tratamiento, lo cual evidencia el actuar de un Estado que dispone de múltiples

⁶⁵ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. 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: Bogotá, D.C., 1993. p. 72.

⁶⁶ Ibid. p. 72-73.

técnicas para regular el impacto social, económico y político que le acarrea la asunción de los tratamientos para el paciente con una *Enfermedad Crónica no Transmisible*. Esta situación responde a la reflexión de Foucault en cuanto a los mecanismos de poder sobre la enfermedad como encargados de facilitar el gobierno sobre la población: “La población se manifiesta entonces, más que el poderío del soberano, como el fin y el instrumento del gobierno: sujeto de necesidades, de aspiraciones, pero también objeto en manos del gobierno”⁶⁷. Con esto se quiere decir que la enfermedad será entonces el enemigo y los sujetos portadores serán los responsables de su adquisición gracias a prácticas indeseadas que deberán modificarse.

Los buenos hábitos: el camino a la salud y al bienestar

Teniendo en cuenta que el enfermo crónico está en constante transformación social y cultural desde sus prácticas y hábitos de autocuidado, emergen algunos acontecimientos que se circunscriben en un modo particular de adoptar comportamientos para caracterizar a estos sujetos. Por ello, “cada vez se hace más evidente la importancia de la participación en la adhesión al régimen de medicamentos y en el cambio de hábitos y estilo de vida para la prevención y el tratamiento de la enfermedad”⁶⁸, así, desde los dominios de saber médico, se traza un camino específico; un régimen que se traduce en una conciencia desarrollada en el paciente. Por esto, se hace indispensable la responsabilidad del enfermo y la efectividad de las técnicas disciplinarias.

Desde los diferentes entes institucionales como los colegios, hospitales y centros de desarrollo comunitario se propician estrategias educativas que facilitan la formación de un tipo de sujeto conforme a un estilo de vida que inflencie los hábitos de autocuidado; hábitos que se constituyen como una construcción social para el ser humano. Es decir, una persona que atraviesa por las diferentes etapas de su ciclo vital, más específicamente desde su niñez hasta la vejez, será responsable de

⁶⁷ FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 132.

⁶⁸ AVILLARRAGA QUINTERO, Marcela. Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica. Colombia: Editorial El manual Moderno, 2007. p. 23.

un comportamiento individual para tomar decisiones asociadas a su estado de salud, de esta manera las instituciones esperan que construya un estilo de vida que ha sido denominado saludable.

Algunos sujetos transforman sus hábitos conforme a tales estrategias implementadas por las instituciones constituidas a partir de la ley 100, entre ellas el Ministerio de Protección Social. Este ministerio desarrolla y pone en circulación guías y manuales para moldear el comportamiento humano. Dichas estrategias también se dan en el marco de una educación no formal pues “no es la educación institucionalizada, intencionada y organizada por un proveedor de educación. La característica que define la educación no formal es que representa una alternativa o complemento a la educación formal de las personas dentro del proceso de aprendizaje a lo largo de la vida”⁶⁹. Bajo esta premisa, los profesionales de la salud se convierten en los sujetos encargados de ejecutar esas estrategias educativas e impartirlas con los pacientes para minimizar factores de riesgo:

El enfoque de autocuidado en el plan educativo, como estrategia en la mejoría de la adherencia al tratamiento, permitió un cambio en los comportamientos de los pacientes, convirtiéndose en una directriz en el manejo adecuado de la enfermedad, guiando, orientando y apoyando al paciente en los cambios de su estilo de vida, y en el mejoramiento de la calidad de la misma⁷⁰.

De esta manera, las estrategias educativas se orientan a promover un proceso de envejecimiento saludable, pues “el envejecimiento es menos acelerado si hay programas de acceso a la salud oportunos y de carácter preventivo y curativo, y redes de apoyo familiar y gubernamental que protejan al anciano que empieza a tener problemas de movilidad y vulnerabilidad física o mental. Es clave que conozca sus cifras de colesterol, triglicéridos, tensión arterial, peso, etc.”⁷¹. Esto refleja una

⁶⁹ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN LA CIENCIA Y LA CULTURA. Clasificación internacional normalizada de la educación. Canadá: CINE - Instituto de Estadística de la UNESCO, 2011. p. 13.

⁷⁰ ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. En: Revista Aquichan. Vol. 7. No. 2. 2007. p. 20.

⁷¹ EL TIEMPO. Un estilo de vida sano para lograr vivir muchos años, bien vividos. Bogotá D.C. 10 de abril, 2012. En Línea.

cotidianidad que privilegia la prevención de la enfermedad antes que la atención del paciente enfermo.

Desde el dominio de la medicina y sus especialidades se traza el camino que el sujeto debe adoptar para la transformación de sus hábitos, aquellos soportados en estudios científicos:

A partir de una serie de exámenes su especialista establecerá el diagnóstico, y si se confirma la Hipertensión arterial debe iniciar un tratamiento médico, adecuado y controlado. También, deberá realizar una serie de modificaciones a sus hábitos o costumbres, adoptando los llamados estilos de vida saludables, que incluyen: una dieta balanceada, baja en sal y grasas, y rica en verduras y frutas; hacer ejercicio de manera regular, mínimo treinta minutos todos los días de la semana; no fumar ni beber alcohol. Se puede prevenir evitando el exceso de sal, mediante el ejercicio y evitando el sobrepeso⁷².

Conviene subrayar que se evidencia la necesidad de que el sujeto cambie la manera de alimentarse, los ritmos de su cuerpo y la elección de los productos que debe consumir, en otras palabras, debe autorregularse para considerar su estado “normalizado”. El médico no solo responde a la necesidad de atender y curar al enfermo, también contribuye a la modificación de los hábitos de los pacientes.

Las políticas gubernamentales contienen en su esencia una serie de herramientas que buscan estructurar los hábitos y estilos de vida sobre el sujeto enfermo: “Es innegable que la prevención de la enfermedad y promoción de la salud son dos temas de alta prioridad en las políticas y acciones de salud pública en el mundo actual”⁷³. Con estas indicaciones, las entidades gubernamentales generan mecanismos reguladores de la población que fortalecen en el sujeto la idea del

⁷² EL TIEMPO. Un enemigo Llamado Hipertensión. Bogotá D.C. 26 de Julio, 2009. En Línea.

⁷³ SANABRIA FERRAND, Pablo Alfonso; GONZÁLEZ, Luis y URREGO, Diana. Op. Cit., p. 2.

cuidado y el autocuidado con el fin de superar todo pensamiento y acción que altere la normalidad^{74*}.

A partir de la idea de una responsabilidad individual se evidencia que la actividad física, como hábito saludable, es la apuesta más frecuente en las campañas y estrategias de salud impulsadas socialmente: “Los beneficios de la actividad física regular de intensidad moderada no sólo se limitan a disminuir el riesgo o el impacto de las enfermedades crónico-degenerativas, sino que se deben evaluar en términos de calidad de vida, prolongación de la independencia personal en población adulta mayor, interacción social y sobre todo sensación de bienestar”⁷⁵. Como se puede ver, la actividad física se erige como una pauta comportamental beneficiosa para la salud, en tanto, su carencia favorece el acontecimiento enfermedad crónica.

Así las cosas, el ‘sujeto responsable’ que se pretende mostrar está ocupado de su autocuidado y de reconocer ciertas actividades para el beneficio de su salud mientras pone en práctica “formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que cuando se constituyen en el modo habitual de responder ante una situación se pueden entender como hábito, permitiendo entender la relación directa que se establece entre la forma y el estilo de vivir con aspectos de la salud”⁷⁶. Por ello, desde el saber médico se socializan los hábitos que forjan la cotidianidad y construyen el camino hacia un estilo de vida saludable, se considera entonces cómo un saber médico determinado podría beneficiar la

^{74*} “La norma es lo que puede aplicarse tanto a un cuerpo al que se quiere disciplinar como a una población a la que se pretende regularizar. En esas condiciones, la sociedad de normalización no es, entonces, una especie de sociedad disciplinaria generalizada cuyas instituciones disciplinarias se habrían multiplicado como un enjambre para cubrir finalmente todo el espacio; esta no, es más, creo, que una primera interpretación, e insuficiente, de la idea de sociedad de normalización. La sociedad de normalización es una sociedad donde se cruzan, según una articulación ortogonal, la norma de la disciplina y la norma de la regulación”. En FOUCAULT, Michel. *Defender la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976)*, clase del 10 de marzo de 1976. Buenos Aires: Fondo de cultura económica de Argentina S.A., 2000. p. 229.

⁷⁵ PEÑA QUIMBAYA, Eder; COLINA GALLO, Evelyn y VASQUEZ GOMEZ, Ana Cecilia. *Actividad Física en empleados de la Universidad de Caldas*. En: *Revista Hacia la Promoción de la Salud-Universidad de Caldas*. Vol. 14. No 2. 2009. p.5.

⁷⁶ SANABRIA FERRAND, Pablo Alfonso; GONZÁLEZ, Luis y URREGO, Diana. *Op. Cit.*, p. 2.

salud o, por el contrario, contribuir al desarrollo de una *Enfermedad Crónica no Transmisible* en el caso de que no se adopte.

Se identifica en este punto un dominio de memoria^{77*} sobre los derechos sutiles que tienen las clases sociales y económicas, en otras palabras, los ricos sobre los pobres. De esta manera, se identifica que "es justo que el mal de los unos sea transformado en experiencia para los otros"⁷⁸. En concreto, el saber médico es beneficioso para las grandes clases sociales, pues para estas es indispensable reducir los malos hábitos sin importar si el enfermo crónico continúa siempre con este padecimiento y nominación. En las clases altas, el paciente puede asistir al médico y visitar hospitales de acuerdo a su capacidad económica, pero, en la medida de lo posible, es indispensable que el enfermo no acceda ni circule sobre los servicios más costosos.

La salud y el estar bien se erigen como estrategias utilizadas por el saber médico para incidir en el sujeto como responsable de sus costumbres y hábitos. Sin embargo, paradójicamente, el mercado ofrece a este mismo sujeto productos poco beneficiosos para la salud mientras se impulsa el consumo a toda costa. El alcohol, las comidas rápidas y los productos tratados con químicos perjudiciales para la salud son hábitos que desde un flanco se prohíben, pero desde el otro se promocionan todo el tiempo.

Se puede condensar lo dicho hasta aquí en afirmar que las medidas contingentes en el control de la circulación dentro de la sociedad se restringen especialmente al sujeto portador de una enfermedad que represente un costo alto. Por esta razón, sobresale la formulación de políticas en el tratamiento de salud, específicamente orientadas hacia aquel sujeto que debe modificar sus hábitos. Sin embargo, también

^{77*} Un dominio de memoria: "se trata de los enunciados que no son ya ni admitidos ni discutidos, que no definen ya por consiguiente ni un cuerpo de verdades ni un dominio de validez, sino respecto de los cuales se establecen relaciones de filiación, de génesis, de transformación, de continuidad y discontinuidad histórica" En: FOUCAULT, Michel. *Arqueología del saber*. Editorial Siglo Veintiuno, 2008. p. 94-95.

⁷⁸ FOUCAULT. *El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica*. Op. Cit., p. 126.

hay una incitación mercantil permanente al consumo de esos productos y actuares que son vistos como no saludables.

El saber cura: profesionales que deciden y forman

La responsabilidad recae ahora y de manera importante en los profesionales de salud en enfermería y medicina quienes tratan *Enfermedades crónicas no Transmisibles*. Tal responsabilidad se debe asumir mediante la formación de los pacientes acerca de las complicaciones que traen para la salud las enfermedades ya catalogadas. Dicha formación pasa por informar acerca de los mejores hábitos para su prevención o detención si es que ya la tienen:

Después de hacer un recorrido en torno a los desafíos que enfrenta el sistema de salud colombiano y los profesionales de enfermería en relación con la cronicidad, queda claro que enfermería debe comenzar a trabajar desde un marco de liderazgo para el cuidado de la salud, donde el eje central de su ejercicio sea el cuidado del sujeto y no el de la enfermedad⁷⁹.

Los profesionales que ejercen en medio de esta estructura, y que cuentan con un saber totalmente restringido, tienen unos límites sujetos a la dinámica de este mercado enunciados de la siguiente manera por Foucault⁸⁰:

El ejercicio médico, con toda su tradición y su consolidación, se instaura articulando a su ejercicio todo un sistema general de seguridad social, mediante una ley que lo moldea, encontrándose la acción médica y los alcances en la atención conforme a la estructuración institucional y disponibilidad funcional de dicho sistema. Cuando se habla de disponibilidad funcional, es importante identificar al Ministerio de Salud como la entidad rectora sobre todo el sistema

⁷⁹ VARGAS, Lina María. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. En Revista investigación en enfermería: imagen y desarrollo. Vol.12. No. 1. 2010. p. 13.

⁸⁰ FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 70.

de seguridad social, si bien tiene una injerencia estatal, este sistema también se estructura bajo las leyes del Libre Mercado^{81*}.

Por ende, se asume una falta libertad a la hora de tomar decisiones que previamente ya han sido trazadas. En el contexto colombiano la normativa misma marca esa supuesta idea de libertad:

ARTÍCULO 98°. DE LA FORMACIÓN CONTINUA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios⁸².

En preciso dejar claro que de esta manera son caracterizados los actores formados para la atención de las enfermedades, en tanto el hospital continúa siendo un espacio de aprendizaje para ellos. Estas personas solidifican su actuar profesional mediante la ley 100 y sus reformas:

Artículo 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la

^{81*} “El liberalismo, el juego: dejar que la gente haga y las cosas pasen, que las cosas transcurran, dejar hacer, pasar y transcurrir, significa esencial y fundamentalmente hacer de tal suerte que la realidad se desarrolle y marche, siga su curso de acuerdo con las leyes, los principios y los mecanismos que le son propios. Así pues, el problema de la libertad, [al cual] volveré, espero, la próxima vez, me parece que podemos considerarlo, aprehenderlo de diferentes maneras. Se puede decir, desde luego - y creo que no sería falso, no puede serlo que esta ideología de la libertad, esta reivindicación de la libertad fue sin duda una de las condiciones del desarrollo de las formas modernas o, si lo prefieren, capitalistas de la economía”. En: FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 70.

⁸² COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia: Bogotá, D.C., 2011. p. 34.

salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación. Cada profesión debe tomar a su cargo la tarea de regular concertadamente la conducta y actividades profesionales de sus pares⁸³.

Ante esto, las acciones profesionales en el ámbito de la salud se dan en las condiciones del mercado, desde la competencia profesional. Al ser agentes en la transformación del sujeto enfermo, se insiste en que su función no se limita únicamente a la consulta, pues los médicos y las otras profesiones salubres deben realizar acciones técnicas de vigilancia, diagnóstico y transformación de las prácticas de los individuos. Esto en el marco de una política de promoción y prevención que actúa en una doble dirección, porque no solo se vigila y se orienta al paciente enfermo, también se vigila la acción profesional.

El saber médico, según Foucault, se organiza específicamente para la regulación de las enfermedades y el control de los recursos destinados al tratamiento de las mismas. Aquí el discurso médico se ha mantenido a lo largo del desarrollo del saber durante la primera parte del proceso de institucionalización y conformación de la profesión “además de su papel de técnico de la medicina tiene un papel económico en la repartición de los auxilios, un papel moral y casi jurídico en la atribución de éstos; y lo aquí convertido en el “vigilante de la moral, como de la salud pública”⁸⁴Articuladamente, la atención médica se restringe en tiempos conforme a la cantidad de pacientes que necesitan atención de modo que la relación del médico y el paciente, es decir, el momento en el que la mirada médica se posa en el espesor del cuerpo^{85*}, se desarrolla únicamente desde una concepción epidemiológica que no es nueva:

⁸³ Ibid. p. 37.

⁸⁴ FOUCAULT, Michel. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Editores Argentina S.A, 2004. p. 68

^{85*} “Pero, a partir del momento en el cual la anatomía patológica prescribe a la clínica interrogar al cuerpo que en su espesor orgánico y haga aflorar a la superficie lo que solo estaba dado en capas profundas, las ideas de un artificio técnico capaz de sorprender la lesión, vuelve a

La experiencia médica, y el control médico sobre las estructuras sociales, la patología de las epidemias y la de las especies, se encuentra ante las mismas exigencias: la definición de un estatuto político de la medicina, y la constitución, a escala de un estado, de una conciencia médica, encargada de una tarea constante de información, de control y sujeción; cosas todas que “comprenden otros tantos objetos relativos a la policía, como los hay, que son propiamente de la medicina⁸⁶.

Esta experiencia médica se enmarca en la socialización constante y la información relacionada sobre las condiciones pertinentes para prevenir las enfermedades, así, el saber médico se sobrepone a la orden del día y se constituye como otro uso de memoria, tal como lo menciona Foucault⁸⁷. Por ende, el sujeto deberá ser amplia y constantemente informado para buscar su adherencia en los procesos de promoción y prevención.

Si bien, todo este saber se difunde para propiciar el autocuidado, con la estructuración del sistema, se evidencia un sujeto enfrentado a la incertidumbre sobre el tratamiento de su enfermedad en función de la alta demanda y poca oferta de los servicios médicos: “Comencé a llamar para solicitar las citas. Una tarea de varias horas, pues no responden con facilidad. La cita con el cirujano me la ofrecieron para comienzos de mayo, pese a que la solicitud está marcada como prioritaria. Al manifestar la urgencia, me dijeron que debía continuar llamando para ver si algún día alguien cancelaba una cita”⁸⁸. Se denota así poca disponibilidad de la figura médica ante las falencias del sistema.

Además de la incertidumbre de este sujeto, se suma también la decepción, pues, ya sea mediante el pago de seguridad social en el orden contributivo o mediante el beneficio subsidiado que cada ciudadano paga mediante impuestos, se espera ser

convertirse en una idea científicamente fundada”. En: FOUCAULT. El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica. Op. Cit., p. 230.

⁸⁶ FOUCAULT. El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica. Op. Cit., p. 48-49.

⁸⁷ Ibid. p. 56.

⁸⁸ EL TIEMPO. Mi viacrucis en una EPS por un cáncer de seno. Bogotá D.C. 10 de marzo 2012. En Línea.

atendido oportunamente. Esto basado en el acuerdo político existente, una ley y una contribución para el acceso a al servicio:

También hubo coincidencia en señalar que el problema de la salud va mucho más allá del hueco financiero del sistema. Hay serias deficiencias en el modelo mismo de seguridad social y, más allá del ámbito de la salud, una mala política económica que es la causante de sus problemas financieros; por eso no basta arbitrar nuevos impuestos para tapanlo, ni es aceptable recortar los servicios médicos a los pacientes⁸⁹.

Así, el sujeto enfermo recibe una amplia información de autocuidado, pero accede poco a los servicios médicos. La herramienta principal que el sistema utiliza es la socialización continua del saber médico con un acceso restringido a las citas médicas. Adicionalmente, hay una condición clara que los profesionales de la salud exigen a sus pacientes: la adherencia a un tratamiento y la adopción de un estilo de vida saludable; el saber así lo dictamina.

Entidades de salud: ¡beneficios a manos llenas!

Dentro de estos análisis, es indispensable retomar las reflexiones de Hanna Arendt en torno al sentido de la política^{90*}, ¿qué sentido está tomando la política en salud?, al aterrizar un poco la pregunta en el tema de esta investigación, es posible afirmar que el rol del médico está mediado y estructurado a partir de unas instituciones conformadas por una ley que pone a funcionar cierta dinámica de atención a las personas con *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Se evidencia entonces que el médico continúa en un proceso de consolidación y perfeccionamiento para ejercer como una herramienta fundamental en el ejercicio político de mostrar al paciente el estilo de vida pertinente conforme a su saber, lo cual culmina en una delimitación de las acciones erróneas del enfermo frente a su autocuidado.

⁸⁹ EL TIEMPO. Un nuevo modelo de salud. Bogotá D.C. 22 de febrero 2010 En Línea.

^{90*} “Pues lo político amenaza precisamente aquello que, según la Edad Moderna, justifica su existencia, a saber, la pura posibilidad de vivir de la humanidad en su conjunto. Si es verdad que la política es algo necesario para la subsistencia de la humanidad, entonces ha empezado de hecho a autoaniquilarse, ya que su sentido se ha vuelto bruscamente falto de sentido”. En: ARENDT. Op. Cit., p. 63.

Se evidencia también que la salud está mediada por la dinámica económica y el libre mercado. De hecho, está tan centrada en estos aspectos que muchas veces se identifica en los discursos la carencia de una atención humanizada y en el marco de los derechos pues “estas enfermedades y sus factores de riesgo son responsables de significativas pérdidas económicas relacionadas con el costo directo de cuidados médicos, así como de costos indirectos derivados de las decisiones de consumo y ahorro de los individuos en el desempeño de las fuerzas de trabajo y en la acumulación de capital humano”⁹¹. En el contexto nacional surgen afirmaciones y preguntas tales como:

Mientras la principal preocupación del mundo frente al cáncer es lograr que la gente mejore sus estilos de vida y que la ciencia avanza en la búsqueda de la cura, aquí se denuncia que muchos niños con este mal no logran salvarse porque sus tratamientos son entorpecidos por las trabas criminales que imponen los responsables de brindarlos. ¿Dónde están los entes de control?⁹².

De esta manera, se cuestiona si el sistema de salud trabaja realmente para brindar un servicio de salud orientado al ejercicio de los derechos del sujeto enfermo, como lo especifican en los códigos éticos de los profesionales de la salud, o si los esfuerzos están destinados exclusivamente a proteger los ingresos de las entidades de salud conformadas en el sistema mercantil. Como lo afirmara Arendt: “Lo que la Edad Moderna esperaba de su Estado y lo que éste ha cumplido sobradamente ha sido que los hombres se entreguen libremente al desarrollo de las fuerzas productivas sociales, a la producción de bienes exigidos para una vida ‘feliz’”⁹³. Dicho de otra manera, se suma una preocupación más para el sujeto con *Enfermedad Crónica no Transmisibile* al enfrentar un sistema de salud burocrático y selectivo.

⁹¹ GALVÁN CANCHILA, Diana Marcela. Factores de riesgo para enfermedades crónicas de origen cardiovascular en uniformados de la policía nacional de Colombia. Bogotá: Editorial UNAL, 2010. p. 17.

⁹² EL TIEMPO. Salud del Dicho al Hecho. Bogotá D.C. 13 de febrero 2007. Sección 1-14 Opinión. p. 1.

⁹³ ARENDT. Op. Cit., p. 90.

De otro lado, el paciente no logra evidenciar claramente cuál es la falla en la atención, ya que los recursos de la salud van de institución en institución y de oficina en oficina para perpetuar el anonimato. En ese anonimato de múltiples actores institucionales se pierden los derechos a la salud del sujeto, ya que además de haber un Ministerio de la Salud, también existen Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las cuales al ser en su mayoría de carácter privado están en una constante competencia para captar usuarios, pero resultan inoperantes a la hora de dar respuesta a las necesidades de forma integral⁹⁴.

La incongruencia entre las leyes nacionales y el ejercicio del derecho a la salud de las personas catalogadas como crónicos se consolida a través de la adopción de medidas para estructurar un sistema basado en la concurrencia de instituciones privadas, descentralizado la regulación de los procesos de salud, por parte del Gobierno Nacional. Si bien el Estado cumple una función de vigilancia y regulación^{95*}, el sistema de seguridad social integral de la ley 100 busca una amplia cobertura de los servicios con la operatividad principalmente privados, habitualmente, desligados del cumplimiento de las bases estipuladas en la Constitución Política de 1991 y las reformas realizadas al sistema de salud que en el papel se veían muy eficientes.

Lo anterior implica que, en muchas ocasiones, el sujeto está obligado a acceder a recursos constitucionales para hacer valer su derecho a la salud. La Corte Constitucional representa una entidad litigante que busca garantizar lo que comprende la ley y obliga a las entidades privadas a brindar los servicios al sujeto enfermo el cual presenta una barrera al acceso del sistema. Si bien existe el recurso

⁹⁴ LAMPREA, Everardo. La constitución política de 1991 y la crisis de la salud: encrucijadas y salidas. Bogotá D.C.: Ediciones Uniandes, 2011. p. 74.

^{95*} “El nuevo arreglo institucional para el sector salud colombiano introducido por la ANC (Asamblea Nacional Constituyente) y por la ley 100 suponía que solo una activa regulación, control y vigilancia por parte de entidades estatales tales como Ministerio de Salud (posteriormente de Seguridad Social), la Superintendencia de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), Instituto Nacional de Vigilancia Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos (CNPM), garantizaría que la prestación del Servicio Público de Salud redundara en el bienestar general de la población” En: LAMPREA. Op. Cit., p. 74.

para acceder, es perentorio mencionar que la burocracia limita el pleno ejercicio de su derecho, dado que el sujeto enfermo se enfrenta a los tiempos judiciales y a las sentencias que puede emitir la corte, así mismo, también está expectante frente a la voluntad política y a la voluntad institucional^{96**}.

Aunado a lo anterior, los resultados de la aplicación del sistema de seguridad social generar una amplia cobertura a nivel territorial, sin embargo, este sistema responde a parámetros establecidos por organismos internacionales para darle un carácter mercantil y deshumanizado a los procesos de salud. Por tal razón, la tutela es el recurso más utilizado para lograr acceder a un servicio que se considera como un derecho irrenunciable⁹⁷. Así mismo:

Para un sector de la literatura la reforma del sistema de salud en Colombia es el reflejo de una agenda global de reforma estructural neoliberal promovida por las IFI como el BM, el BID o el Fondo Monetario Internacional (FMI). Esta agenda se enmarcaba en lo que se ha dado en "el consenso de Washington". Dentro de los efectos perversos de esta agenda global se encuentra la "comodificación" o "mercantilización" de los servicios de la salud. Las prácticas reiteradas de "contención de costos" y "maximización de ganancias" de los nuevos prestadores privados del servicio de salud hacían parte de la agenda de reforma estructural diseñada por las IFI e impuesta sobre países vulnerables a tal agenda como Colombia. En Colombia, la aplicación de esta agenda global condujo a la interposición, por parte de aseguradores y prestadores privados, de barreras para el acceso a los servicios de salud. En parte para paliar los efectos nocivos de la "comodificación" de los servicios de salud impulsada por la agenda global de las IFI, un número creciente de individuos hizo uso de la tutela y del precedente de la Corte con objeto de que los jueces ordenarán el

^{96**} "La Superintendencia, por ejemplo, cuenta con facultades jurisdiccionales para actuar como foro de resolución de conflictos entre usuarios, aseguradores y prestadores. No obstante, los resultados de dicha actividad jurisdiccional por parte de la Superintendencia son muy pobres. Sin este tipo de mecanismos e instituciones, la Rama Judicial absorbió todo el golpe de las decisiones hechas por millones de pacientes para obtener acceso a fármacos o servicios médicos". En: LAMPREA. Op. Cit., p. 121.

⁹⁷ Ibid. p. 121.

acceso a estos servicios, sin los cuales su integridad biológica o su vida digna se veían amenazadas⁹⁸.

De acuerdo con esta información, el sujeto ya no responde a las dinámicas estatales, ahora debe responder a las dinámicas institucionales y privadas pues se encuentra en un territorio donde el Estado interviene cada vez menos en las prácticas para el aseguramiento y la garantía del derecho a la salud. Esta situación ya está legislada desde la constitución política, como lo señala el autor Everardo Lamprea⁹⁹, lo cual evidencia una paradoja sobre la prevalencia y elegibilidad del Estado Social de Derecho.

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida que aparece en los discursos de salud es el de una fuerza movilizadora de cuerpos; es imprescindible para esta fuerza la interiorización de una serie de ideas en los sujetos enfermos. Se espera que cada persona con una *Enfermedad Crónica no Transmisible* se configure a partir del reconocimiento de su enfermedad y que reconozca la importancia de asumir comportamientos adecuados conforme a lo que dice el personal en salud. Esto para alejarse de los problemas que representan los malos hábitos como costo social.

Asimismo, el concepto de calidad, presente en el discurso médico y de los medios de comunicación relacionados con salud, termina relacionado necesariamente con el campo económico. Dado que este concepto hace parte de los mecanismos de regulación^{100*}, cobra un papel muy importante el marco del ahorro que representan las personas con una buena calidad de vida:

⁹⁸ Ibid. p. 101.

⁹⁹ Ibid. p. 121.

^{100*} “No se trata en modo alguno, por consiguiente, de tomar al individuo en el nivel del detalle sino, al contrario, de actuar mediante mecanismos globales de tal manera que se obtengan estados globales de equilibrio y regularidad; en síntesis, de tomar en cuenta la vida, los procesos biológicos del hombre/especie y asegurar en ellos no una disciplina sino una regularización”. En: FOUCAULT. Defender la sociedad: curso en el collège de France (1975-1976), clase del 10 de marzo de 1976. Op. Cit., p. 223.

Y además tenemos toda otra serie de mecanismos que son, al contrario, mecanismos regularizadores, que recaen sobre la población como tal y que permiten e inducen conductas de ahorro, por ejemplo, que están ligadas a la vivienda, a su alquiler y, eventualmente, a su compra. Sistemas de seguros de enfermedad o de vejez; reglas de higiene que aseguran la longevidad óptima de la población; presiones que la organización misma de la ciudad aplica a la sexualidad y, por lo tanto, a la procreación; las presiones que se ejercen sobre la higiene de las familias; los cuidados brindados a los niños; la escolaridad, etcétera. Tenemos, entonces, mecanismos disciplinarios regularizadores¹⁰¹.

Se espera que el sujeto comience a considerar el ejercicio físico como la actividad higiénica más propicia para mantener la esperanza de vida y la funcionalidad dentro del contexto familiar y social. Acorde con esto, la actividad física, bajo los sustentos científicos, constituye el disciplinamiento del cuerpo^{102*} y la socialización de esta actividad por todos los medios constituye la manera de frenar la creciente comorbilidad de las *Enfermedades Crónica no Transmisibles*:

La OMS está empeñada, y con razón, en la promoción de un cambio de mentalidad general sobre los estilos de vida que en las últimas décadas han adoptado los ciudadanos. Si bien el riesgo de desarrollar la afección tiende a ser relacionado por la gente con la predisposición genética, los antecedentes familiares y el envejecimiento -tres factores que son inmodificables-, hay evidencia suficiente en torno al hecho de que el incremento del sedentarismo y la obesidad, las dietas poco saludables, el estrés y el consumo de cigarrillo y alcohol sí están elevando las tasas de este padecimiento maligno en el planeta¹⁰³.

En consonancia con lo anterior, hay una recurrencia de este pensamiento en los niveles de salud y educación no formal, pues se busca que todos los sujetos

¹⁰¹ FOUCAULT. Defender la sociedad: curso en el collège de France (1975-1976), clase del 10 de marzo de 1976. Op. Cit., p. 227.

^{102*} “También la disciplina, claro está, se ejerce sobre el cuerpo de los individuos, pero he tratado de mostrarles que, de hecho, el individuo no es en ella el dato primordial sobre el cual se ejerce. Solo hay disciplina en la medida en que hay multiplicidad y un fin, o un objetivo, o un resultado por obtener a partir de esa multiplicidad”. En: FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 27.

¹⁰³ EL TIEMPO. Contra un asesino de mujeres. Bogotá D.C. 08 de octubre 2011. En Línea.

enfermos manejen un mismo idioma, articulado con el idioma médico porque es una norma institucionalizada con un carácter científico. Así pues, el discurso ignora aspectos como que genéticamente se esté predispuesto o que socialmente las condiciones laborales y la distribución y organización social no sean las más favorables, pese a eso, es imperativo que el paciente cumpla una misma recomendación genérica para quienes padecen una ECNT: “Una persona sedentaria tiene incluso problemas para llevar a cabo sus labores cotidianas por esa razón, este factor de riesgo se asocia también con una menor calidad de vida y menos años de vida saludable. Los inactivos viven en promedio 3 años menos que los que hacen ejercicio”¹⁰⁴. Esta dinámica resulta ser problemática en tanto las personas que no se adhieren a las estrategias y técnicas disciplinarias y al poder regulatorio, parecen estar más a favor de la muerte que de la vida al ser más propensas a disminuir su vitalidad afectando su salud:

Para deshacerse de los gordos, esquivar el sobrepeso, mantener la glicemia baja, evitar la hipertensión, fortalecer el sistema inmunológico, controlar el estrés, mejorar la postura, prevenir la osteoporosis, subir el ánimo, lucir atractivo, estimular la competencia, desfogar la energía reprimida, luchar contra el cáncer, moderar la mente... Razones hay muchas, y la mayoría de los médicos de todas las especialidades coinciden en una recomendación: "¡Haga ejercicio!"¹⁰⁵.

Se denota de esta manera que el papel del médico se articula con un consenso profesional frente a la socialización de los aspectos básicos para tener una adecuada calidad de vida. La indicación de hacer ejercicio no solo es una alianza profesional, también es una alianza institucional y política^{106*}, pues se presenta de

¹⁰⁴ EL TIEMPO. Enfermos Crónicos a Moverse. Bogotá D.C. 21 de febrero 2007. Sección 2 Salud y Vida. p. 2.

¹⁰⁵ EL TIEMPO. Fiebre de deporte. Bogotá D.C. 5 de octubre de 2011. En Línea.

^{106*} “La experiencia médica y el control médico sobre las estructuras sociales, la patología de las epidemias y de las especies, encuentran ante las mismas exigencias: la definición de un estatuto político de la medicina, y la constitución, a escala de un estado, de una conciencia médica, encargada de una tarea constante de información, de control y de sujeción; cosas todas que ‘comprenden otros tantos objetos relativos a la policía, como los hay, que son propiamente de la incumbencia de la medicina’”. En: FOUCAULT. El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica. Op. Cit., p. 48-49.

forma imperativa sobre el sujeto, quien también evidencia una sanción social ante el incumplimiento de estas condiciones.

Contradictoriamente, el derecho al ejercicio pleno de la salud y el acceso al servicio público es un elemento socialmente concebido en la Constitución Política de 1991. Por ende, la institucionalidad debe procurar cumplirlo. Sin embargo, presenta fallas evidentes que poco se tienen en cuenta. La ineficiencia de la ley acarrea sobre el sujeto desesperanza e incertidumbre frente a las barreras de acceso a los servicios de salud:

La Ley 100 acabó con la profesión médica en este país. Los médicos están en la mitad de un fuego cruzado de maldiciones. Por un lado, el Estado los obliga a pasar de largo por su juramento de Hipócrates, por el otro los pacientes los maldecimos diariamente porque vemos disminuida con severidad la calidad del servicio. Los medios de comunicación no pueden decirlo más. Lo han dicho desde hace más de 10 años. Le han enrostrado al Estado el 'paseo de la muerte', han clamado para que alguien tenga la autoridad de mandar para el carajo esa ley inservible¹⁰⁷.

Los defensores de esta ley argumentan que está basada en la plena cobertura de la población, pero en realidad desestiman las múltiples situaciones que involucra su aplicación. En las dinámicas institucionales privadas es notable la disminución de calidad de vida para un sujeto que se enfrenta a un sistema de salud burocrático.

Terapias para toda la vida

Ahora bien, se ve emerger la necesidad de regular el consumo de productos dañinos para la salud con el fin de que el sujeto logre un equilibrio en su cuerpo. Los diferentes sectores, especialmente los concernientes al Estado, comienzan a reconocer que un desequilibrio podría generar pérdidas económicas, tanto para la gobernabilidad como para los procesos consumistas. Por lo anterior, se temple la idea de situar al sujeto en todo un esquema que alcance una forma de vida adecuada dentro de una sociedad capitalista. Si el sujeto no cuenta con

¹⁰⁷ EL TIEMPO. Hora de ver morir la Ley 100. Bogotá D.C. 17 de junio 2012. En Línea.

enfermedades y está en la primera etapa de su vida se propende por socializar la importancia de los riesgos frente a un consumo desenfrenado para así favorecer la prevención a temprana edad:

¿A qué edad empezar a cuidarse? ¡Desde la niñez!, para que al llegar a la menopausia se reduzcan los factores de riesgo. Esto implica desde la preadolescencia no fumar, mantener bajos niveles de estrés y controlar el sobrepeso", comenta Melgarejo. Además, "desde la adolescencia debe monitorear su presión arterial y los niveles de azúcar y colesterol y evitar que su abdomen mida más de 80 centímetros (indicador de sobrepeso)¹⁰⁸.

Asimismo, se comienza a percibir necesaria la implementación de técnicas de transformación del individuo dentro de los espacios de contención pertinentes, cada vez más temprano en la vida de las personas¹⁰⁹. Si no se logra en la niñez, ni en la adolescencia o en la etapa adulta, el sujeto comienza a estar en un desequilibrio que le cataloga como poco funcional para la vida activa y laboral. Para la seguridad del sistema, esta es una situación peligrosa, pues el individuo no resulta económicamente viable y por esto resulta menester poner en marcha todos los dispositivos disciplinarios^{110*} necesarios para ajustar aquel desvío:

El paso de los años puede acompañarle con un envejecimiento exitoso, en donde no hay enfermedades relevantes, es independiente a nivel funcional y mental, manteniendo una vida activa en la sociedad; uno normal o esperado, que cursa con males que requieren tratamiento y control médico adecuado o con uno patológico, que es un modelo de deterioro rápido de la salud, mayor al

¹⁰⁸ EL TIEMPO. Avances saludables / Cada día más lejos de morir por un infarto ¿Qué hay de nuevo? Bogotá D.C. 13 de mayo 2010. En Línea.

¹⁰⁹ EL TIEMPO. Expertos encienden alarmas por altos índices de enfermedades coronarias en Villavicencio. Bogotá D.C. 5 de julio 2010. En Línea.

^{110*} "La disciplina es un modo de individualización de las multiplicidades y no algo que, a partir de los individuos trabajados en primer lugar a título individual, constituye a continuación una especie de edificio con numerosos elementos. Después de todo, entonces, la soberanía y la disciplina, así como la seguridad, desde luego, solo puede verse frente a multiplicidades". En: FOUCAULT. Seguridad Territorio y población. Op. Cit., p. 28.

esperado para la edad, con distintos males físicos y mentales, con dependencia en las actividades funcionales¹¹¹.

Se identifica la dicotomía del buen sujeto y el mal sujeto. Las fuerzas económicas y políticas se encuentran en constante alerta para persuadir a ese sujeto y formarlo de la mejor manera según sus intereses. En este punto proliferan las recomendaciones y los consejos que no siempre son positivos para el enfermo de tales dolencias crónicas:

Para Iván Darío Escobar, médico endocrinólogo y presidente de la Fundación Colombiana de Obesidad, "es clave tener conciencia y asumir con responsabilidad hábitos de vida saludable desde temprano". Resulta vital "hacer ejercicio para mantener activos los músculos, dormir el tiempo necesario, trabajar con gusto (no pensando que es una carga) y tener una buena alimentación, que permita un peso saludable y estable", recomienda Alicia Cleves, nutricionista del Centro Integral de Nutrición y Medicina (Cinumed)¹¹².

Conforme a estas indicaciones se espera que el sujeto se adhiera a una y a otra dinámica social, en tanto el "individuo que acepta las leyes de su país ha suscrito de hecho el contrato social, lo reconoce y lo prorroga a cada instante en su propio comportamiento" ¹¹³. Al romperse ese contrato social, el sujeto queda al margen de los procesos de salud mientras se hace susceptible de adquirir una *Enfermedad Crónica no Transmisible*, lo que representa una notable inestabilidad y desequilibrio para la sociedad.

Urge prevenir

El sujeto enfermo ahora es atendido no solamente en la cercanía y en el momento confidencial de la relación médico-paciente. Se identifica que el rol médico y las profesiones asociadas en su ejercicio utilizan la herramienta de la educación no

¹¹¹ EL TIEMPO. Con buenos hábitos de vida es posible envejecer sano. Bogotá D.C. 26 de marzo 2012. En Línea.

¹¹² EL TIEMPO. Un estilo de vida sano para lograr vivir muchos años, bien vividos. Bogotá D.C. 10 de abril 2012. En Línea.

¹¹³ FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit. p.65.

formalizada para la divulgación de información que pueda permitir la socialización de los buenos hábitos por medio de una relación indirecta.

El enfoque preventivo basado, principalmente, en la *Atención primaria en salud* se define como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”¹¹⁴. Tal enfoque comienza a ser privilegiado antes que el curativo. Dado que la *Enfermedad Crónica no Transmisible* no es superable, se pretende que las acciones se encaminen a la prevención, por ende, se aúnan esfuerzos para que la consulta médica, o la mirada del médico, tenga una cercanía y una relación analítica y diagnóstica. Esto como una última opción o recurso ante el riesgo de contraer la enfermedad o tener que desarrollar todo un plan de tratamiento con una guía específica¹¹⁵.

De este modo, el paciente se expone a una serie de informaciones sobre comportamientos ‘adecuados’ para no llegar a ser considerado y clasificado dentro del grupo de sujetos con enfermedad crónica, lo cual le evita ser un usuario frecuente de los servicios médicos. Lo anterior se constituye como una situación de dificultad alta por parte de los pacientes, pues se les imputa falta de conciencia; una conciencia mediada por el discurso de buenos hábitos, rutinas y costumbres que, según las investigaciones, siempre se debe fortalecer.

Mientras tanto, comienza a circular el discurso de la prevención bajo las ideas del cuidado y la reflexión dada por otros modos de vida: “Si hubiera sabido que podría vivir tantos años habría tratado de cuidarme más”¹¹⁶. Como se observa, la buena

¹¹⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. En: Prensa Médica Latinoamericana. V. 1. ISSN 0250-3816-XXXIII. 2011. p. 13.

¹¹⁵ Ibid. p. 13.

¹¹⁶ EL TIEMPO. Conozca qué debe hacer para prevenir una mala vejez. Bogotá D.C. 7 de agosto 2010. En Línea.

salud se asume como garantía de una vida larga, razón por la cual la prevención aparece en el momento preciso en que los recursos estatales son más solicitados en el ámbito de la salud, una técnica valiosa de costo - beneficio^{117*}.

Por ejemplo, el *Convenio Internacional Antitabaco* se suscribe bajo la idea de priorizar el derecho a la salud pública: “¿Qué es el convenio marco antitabaco? Es el primer tratado de salud pública de la historia. Al suscribirlo las naciones se comprometen a priorizar el derecho de proteger la salud pública, reconociendo que el tabaquismo es una epidemia mundial que hay que frenar. Los compromisos se fundamentan en: regulación, contenidos de nicotina, publicidad, prohibición de la venta a menores de edad, contrabando, espacios públicos y de trabajo libres de humo”¹¹⁸. En concreto, el tabaquismo se considera una epidemia mundial que enfrenta múltiples retos entre naciones. Sin embargo, estos procesos de atención preventiva de salud van acompañados de recursos provenientes de impuestos extraídos de la venta libre de sustancias perjudiciales a la salud: “Es inconcebible que el país siga dependiendo de impuestos generados a partir del consumo de cigarrillo, pues a la larga los gastos en salud que se causan son diez veces más altos, sin contar con las vidas que se pierden (alrededor de 28.000 al año)”¹¹⁹.

Con respecto a la alimentación, es importante considerar que si bien el esfuerzo preventivo avanza^{120*}, la producción y comercialización de alimentos obvia el

^{117*} “Para un sector de la literatura la reforma de un sistema de salud en Colombia es el reflejo de una agenda global de reforma estructural neoliberal promovido por las IFI (Instituciones Financieras Internacionales) como el BM (Banco Mundial) el BID (Banco Interamericano de Desarrollo) o el Fondo Monetario Internacional (FM). Esta agenda se enmarcaba en lo que se ha dado en llamar “el consenso de Washington”. Dentro de los efectos perversos de esta agenda global se encuentra la “comodificación” o “mercantilización” y los servicios de salud. Las prácticas reiteradas de “contención de costos” y “maximización de ganancias” de los nuevos prestadores privados del servicio de salud hacen parte de la agenda de reforma estructural de las IFI e impuesta sobre países vulnerables a tal agenda como Colombia” En: LAMPREA. Op. Cit., p. 98-99.

¹¹⁸ EL TIEMPO. Convenio Antitabaco, ¿un vía crucis para Colombia? Bogotá D.C. 31 de enero 2007. Sección 2. Salud y vida.

¹¹⁹ Ibid. Sección 2.

^{120*} “Según algunos estudios (Eppin g-Jordán, 2004-2005), el comportamiento, en combinación con la exposición a factores de riesgo medioambientales (consumo de tabaco, de alcohol, de alimentos ricos en grasa y sal, el sedentarismo, las relaciones sexuales a temprana edad y sin protección, entre otros) más que la genética, es el factor que tiene mayor incidencia en el desarrollo y la evolución del cáncer y de otras enfermedades crónicas” En: MINISTERIO DE CULTURA. Impactando la historia Natural de la EPOC. Colombia: MinCultura, 2009. p. 4.

perjuicio que conservantes y aditivos puestos para su mayor duración en el mercado, producen en la salud humana. Aparece aquí una tensión innegable entre el papel de la medicina y la producción alimentaria, cada uno se esfuerza por ganar al sujeto para el consumo de sus productos.

En definitiva, es notable la fragilidad del discurso preventivo, pues son las empresas quienes establecen una pauta importante en los procesos de consumo de alimentos y productos que en su gran mayoría son perjudiciales para la salud. En este punto se identifica un lazo innegable y distorsionado entre el papel de la medicina y el comercio^{121**}, ya que, si bien en los centros de salud el sujeto es expuesto a una información *fitness* para prevenir la enfermedad, en la calle, a través de los medios de comunicación, el sujeto recibe una información totalmente diferente acerca de los hábitos alimentarios y de consumo. Se tiene entonces una disonancia entre cuidar los hábitos de vida en contraposición con la compra de productos que no entran en dichos hábitos.

El proceso de implementación y desarrollo de la prevención de la enfermedad lleva toda una estructura para establecer la sostenibilidad económica. Tal como se puede evidenciar en la ley 100 de 1993, existe una funcionalidad captadora de recursos destinados al sistema de seguridad social que se traza de manera compleja en una red institucional con el amparo de una ley:

ARTÍCULO 179. CAMPO DE ACCIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para

^{121**} “ARTÍCULO 13. EMPAQUETADO Y ETIQUETADO El empaquetado y etiquetado de productos de tabaco o sus derivados no podrán a) ser dirigidos a menores de edad o ser especialmente atractivos para estos; b) sugerir que fumar contribuye al éxito atlético o deportivo, la popularidad, al éxito profesional o al éxito sexual; c) contener publicidad falsa o engañosa recurriendo a expresiones tales como cigarrillos “suaves”, “ligeros”, “light”, “Mild”, o “bajo en alquitrán, nicotina y monóxido de carbono” En: COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 1335 de 2009. Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y otras disposiciones de prevención. Congreso de la República de Colombia, Bogotá D.C., 2009. p. 4-5.

racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud¹²².

Así, el sujeto transita por toda una institucionalidad inscrita en la lógica de la oferta y la demanda como se establece en la ley 100 de 1993, pues en esta norma se especifica que se debe hacer la captación de recursos por parte de las EPS (Entidades Prestadoras de Salud) o recibir el subsidio del Estado. El sujeto paciente también es responsable, conforme a la obligatoriedad de cumplimiento a la ley, de pagar sobre los servicios de promoción y prevención mientras robustece el financiamiento de las instituciones prestadoras de salud (IPS) a través de la cotización conforme a su nivel de ingreso salarial:

ARTÍCULO 182. DE LOS INGRESOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud¹²³.

¹²² COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Op. Cit., p. 82.

¹²³ Ibid. p. 83.

Ya que el proceso de atención del sujeto enfermo está enmarcado en un modelo económico, es importante para los objetivos económicos prevenir la recurrencia de enfermedades costosas para el sistema de salud^{124*}. De allí que se identifiquen las enfermedades que requieren más tratamiento y se emplee todo un discurso, al parecer desinteresado, pero con contundencia reguladora:

Es por esto que hemos enfocado nuestros esfuerzos a los programas de prevención, contribuyendo al control del costo médico de las EPS en Colombia. Contamos con el apoyo de la casa matriz, para continuar realizando las inversiones necesarias para tal fin. Por eso la empresa ha enfrentado y seguirá enfrentando con prudencia y decisión los obstáculos, pues no tiene planes diferentes que seguir acompañando con dedicación y el compromiso de siempre a cada uno de los pacientes que atendemos¹²⁵.

Dentro de las políticas, programas, proyectos y actividades se recurre a la prevención como medio de transformación de los individuos portadores de una *Enfermedad Crónica no Transmisible*, los cuales constituyen un gasto notable para el sistema de Salud. Por ende, al sistema le urge prevenir el tránsito de personas enfermas por el territorio y si ya tienen una enfermedad, es necesario y prioritario corregir las desviaciones comportamentales y disminuir las comorbilidades^{126*}.
Verbigracia:

^{124*} “Hay muy poca o ninguna evidencia de que los juzgados y las cortes ofrezcan un escenario deseable para la resolución de disputas entre pacientes y aseguradores tales como los periodos de cotización, el pago de cuotas y las fallas del servicio de salud. Sin embargo, la rama judicial fue constantemente golpeada por la avalancha de tutelas de salud que buscaba la resolución de este tipo de conflictos. En: LAMPREA. Op. Cit., p. 122.

¹²⁵ EL TIEMPO. Ajuste a la salud es prioritario. Bogotá D.C. 2 de julio 2010. En Línea.

^{126*} “Con esta palabra, “gubernamentalidad”, aludo a tres cosas. Entiendo el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial de dispositivos de seguridad. Segundo, por “gubernamentalidad” se entiende la tendencia, la línea de fuerza que, en todo occidente, no dejó de conducir, y desde hace mucho, hacia la preeminencia del tipo de poder que podemos llamar “gobierno” sobre todos los demás: soberanía, disciplina, y que indujo, por un lado, el desarrollo de toda una serie de aparato específicos de gobierno, [y por otro] el desarrollo de toda una serie de saberes”. En: FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 136.

Por ser la diabetes mellitus una enfermedad para toda la vida, donde se suceden cambios drásticos en el estilo de vida, en la ocupación, en la relación y en la dinámica sociofamiliar, entre otras, es preciso restablecer la autosuficiencia de los pacientes. Es necesario hacerlos partícipes de su propio cuidado y tratamiento, para lograr el bienestar integral (personal, familiar y social) y mantener la calidad de vida en los más altos estándares posibles¹²⁷.

En suma, desde que la enfermedad crónica se ha convertido en un problema que implica un alto costo social y monetario para el sistema de salud, el gobierno se ha preocupado por tomar medidas más allá de establecer lineamientos enmarcados en las políticas de atención en salud pública. Esto se materializó, por ejemplo, cuando “se elaboraron, entre otras cosas, guías de manejo médico y modelos de prevención para la enfermedad renal crónica, el VIH y para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la salud pública”¹²⁸, lo cual, necesariamente implicó el uso de una serie de estrategias para prevenir enfermedades crónicas.

Uno de los objetivos principales de las políticas públicas en salud es realizar intervenciones efectivas con los pacientes para reducir al máximo la implementación de malos hábitos que implican riesgos para la salud. Por ello, instituciones como la Organización Mundial de la Salud encamina sus esfuerzos a evitar la mortalidad asociada a estas enfermedades desde diferentes sectores sociales:

Las políticas destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol deben trascender el sector de la salud y hacer participar oportunamente a sectores como los del desarrollo, el transporte, la justicia, el bienestar social, la política fiscal, el comercio, la agricultura, la política sobre consumo, la educación y el empleo, así como a actores económicos y de la sociedad civil¹²⁹.

¹²⁷ GONZALEZ SALCEDO, Priscila. Atención de enfermería en el paciente con pie diabético desde una perspectiva de autocuidado. En: Revista investigación en enfermería: imagen y desarrollo. Vol.10. No. 1. 2008. p. 5.

¹²⁸ EL TIEMPO. ¿En qué gastó Minprotección 66,8 millones de dólares de programa de reforma a la salud? Bogotá D.C. 16 de febrero 2010. En Línea.

¹²⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. En línea.2010.

Se identifica entonces la necesidad de que el gobierno, por medio de instituciones de salud, hospitales y centros de salud, se comprometan a reglamentar las costumbres y hábitos de los pacientes para que lleven una vida sana en el cuidado de su salud física y mental. Esto implica que no solo se toma en cuenta el desarrollo de hábitos del paciente, sino también del cuidador, aquel sujeto que se configura desde su rol para seguir indicaciones de diferentes entes gubernamentales.

¿Cuidador o pastor?

En la conformación de todo este sistema de salud para el abordaje de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* se identifica un rol importante para la ejecución: aquella persona encargada de los cuidados paliativos del sujeto enfermo. Esta persona se encarga de los cuidados tanto emocionales, para sobrellevar de forma satisfactoria la enfermedad, como físicos, cuando posee efectos asociados a un padecimiento o comorbilidad. Por ejemplo, la amputación, en pacientes con enfermedad de diabetes muy avanzada o deterioro de las articulaciones. Esta persona aparece cuando se presentan algunas limitaciones significativas que son difíciles de resolver aisladamente para parte del sujeto enfermo.

Si bien la persona enfocada en los cuidados paliativos puede ser profesional, en algunos casos se trata realmente de personas más cercanas al paciente: “Al hablar de cuidadores familiares se hace referencia a las personas adultas con vínculo de parentesco o cercanía, que asumen las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica discapacitante, y participan con él en la toma de decisiones”¹³⁰. Esto permite evidenciar que el cuidador, en la mayoría de las ocasiones, cuenta con un vínculo muy cercano con el enfermo, pues debe comprender el padecimiento y, además, generar una empatía que trae consigo un compromiso casi familiar inmerso. Esto facilita una relación de ayuda desinteresada con aquel sujeto y el mal que le aqueja, ya que muchas veces el

¹³⁰ MONTALVO PRIETO, Amparo y FLÓREZ TORRES, Inna. Cuidadores de Cartagena y su contexto de cuidado. En: Revista Aquichan. Vol.9. No2. 2009. p.4.

cuidador dispone de su tiempo, emociones y vida social y personal para responder a las necesidades importantes de la persona a la cual le brinda sus cuidados.

Ahora, en el momento en que la enfermedad se hace visible como problema social aparece la figura del cuidador como una necesidad inherente al proceso de atención en salud:

Artículo 141. De los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar. Los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar relacionados con el autocuidado y mutuo cuidado de la salud de todos los miembros del hogar, serán registrados en las cuentas nacionales de salud de manera periódica y pública, según los criterios que defina el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Este reconocimiento no implicará gastos por parte del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud¹³¹.

Dicho esto, se puede afirmar que la figura del cuidador emerge como una luz que se enciende cuando se necesita poner en marcha los cuidados de las personas enfermas, mientras ejerce las veces de un pastor, como el que “cuida el rebaño, cuida a los individuos del rebaño, vela por que las ovejas no sufran, va a buscar a las extraviadas, cura a las heridas”¹³², sin embargo, esta luz se apaga cuando no es constante, sino que aparece y desaparece por la dinámica del sistema de salud.

La figura de cuidador también ha sido discutida en instancias académicas para identificar algunos problemas que necesitan ser solventados en beneficio de los objetivos de salud propuestos: “Para fortalecer la habilidad de cuidar de los cuidadores, en especial de aquellas personas con enfermedades crónicas, es necesario desarrollar programas que permitan potenciar esta habilidad y desarrollar

¹³¹ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Op. Cit., p. 338-339.

¹³² FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 156.

mayor responsabilidad del cuidador”¹³³. Lo paradójico de la situación radica en que la figura de cuidador se constituye a partir de soportes políticos y legales escasos, sin embargo, en la práctica, se sitúa como un rol con una importancia clave en la *Enfermedad Crónica no trasmisible*.

Sumando a la situación paradójica anterior, el cuidador asume una responsabilidad que también termina afectando su estado de salud. Su sobrecarga, tanto en su salud física, como mental, exige una intervención adicional para el sistema de salud: “los futuros estudios deben enfocarse en identificar y llevar a cabo intervenciones que puedan prevenir o limitar el deterioro de la salud mental y la pérdida de la calidad de vida de los cuidadores y por tanto la aparición de sobrecarga para el cuidado”¹³⁴. En consecuencia, los discursos que sitúan al cuidador lo reconocen como una figura necesaria, pastor en los cuidados paliativos, destinado a atender, pero también susceptible de enfermar, razón por la cual es necesaria una política de protección a favor de su salud integral.

¹³³ PINTO AFANADOR, Natividad. Cuidar en el hogar a personas con enfermedad crónica a su familia y cuidador. Bogotá: Editorial UNAL, 2010. p. 15.

¹³⁴ OCAMPO, José Mauricio et al. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. En: Revista Colombia Médica Univalle. Vol. 38. No 1. 2007. p. 7.

CAPÍTULO II PACIENTE

Hacerse paciente: vivir con enfermedad crónica

El sujeto se hace paciente al adquirir la enfermedad. Así pues, sufre una serie de transformaciones que comienzan con un nuevo estilo de vida: el de la enfermedad; el de la cronicidad. El sujeto empieza entonces a vivenciar todas las repercusiones y cambios que trae consigo la enfermedad y aprende a manejar ciertas ‘dolencias’ mientras, a su vez, lleva un tratamiento farmacológico y un seguimiento a partir de controles médicos rigurosos. Las entidades de salud refieren que la persona es quien debe prevenir y por ende señalan “que falta conciencia y cultura de la salud para que los pacientes cumplan con las indicaciones de los especialistas en temas de nutrición y estilos de vida saludables”¹³⁵. Esto, por supuesto, refleja el interés monetario que hay detrás de tener un paciente que requiere de atención y cuidados constantes para mantenerse saludable en medio de sus posibilidades.

Los estilos saludables incluyen comer bien, ejercitarse y realizar controles médicos de rutina. Esos comportamientos son los que se presentan como apropiados para la población, lo cual implica que, si se descuidan o no se cumplen, favorecerán el desarrollo o el avance de una *Enfermedad Crónica no Transmisible*. Para el paciente, este panorama mediado por el cuidado de su salud se refleja en una serie de discursos que permiten identificar la responsabilidad-obligatoriedad del sujeto para mantenerse en un estado de ‘bienestar’ en medio de su padecimiento. De esta manera se busca que, aunque, la prevención no haya sido efectiva, el tratamiento sea lo menos complejo tanto para el paciente, como para el sistema de salud.

Lo anterior implica que el sujeto paciente evidencie que con una *Enfermedad Crónica no Trasmisible* es susceptible de contraer otras enfermedades pues “pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, como asma o enfisema, pueden ser propensos a las infecciones respiratorias derivadas de la ausencia de la

¹³⁵ EL TIEMPO. Las Enfermedades del corazón y la diabetes amenazan a los boyacenses. Bogotá D.C. 9 de julio 2012. En Línea.

vitamina, según el director del estudio”¹³⁶. De esta manera, es posible observar cómo ciertos hábitos se convierten en tema de atención para una persona, por el temor a sufrir una enfermedad crónica.

Cuando una persona vive con una enfermedad crónica, sea hipertensión arterial, cáncer, enfermedad crónica pulmonar o enfermedad renal, se le incluye en el imaginario de un paciente con poca expectativa de vida, pues su salud mental, su estado de bienestar y su estado emocional se consideran debilitados: “Para algunos, la enfermedad crónica representa un sentimiento de alteración y, con frecuencia, poca aceptación de su autoimagen, identidad e imagen social, lo cual puede vivirse como una amenaza hacia su ser”¹³⁷. En tanto, se dificulta el desarrollo de las actividades de la vida diaria y se enfrenta a restricciones en los hábitos cotidianos, lo cual repercute de forma negativa en el desarrollo de sus roles en el ámbito familiar, laboral y social¹³⁸.

Así mismo, es perentorio mencionar que el hecho de tener ciertas limitaciones causadas por enfermedades crónicas puede producir estrés, frustración y tensión emocional. Por este motivo, pueden haber resistencias en las cuales una persona no esté dispuesta a aceptar la enfermedad que padece, lo cual obliga a las entidades de salud a emplear abordajes que transformen esa resistencia del sujeto en dinámicas positivas para su mejora.

Paciente impaciente e inconsciente: comportamiento y hábitos

El paciente y la adopción de diferentes hábitos y comportamientos saludables se ha configurado previamente en el momento que le fue diagnosticado, de acuerdo con los controles médicos. La aparición de las guías e instrumentos educativos para orientar a los pacientes con enfermedad crónica que apuntan a la prevención se ha

¹³⁶ EL TIEMPO. La falta de vitamina D aumenta el riesgo de sufrir una infección respiratoria. Bogotá D.C. 24 de febrero 2009. En Línea.

¹³⁷ AGUDELO ARANGO, María Eugenia *et al.* Percepción de la crítica familiar en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus, trastorno bipolar I y sujetos sanos. En: Revista Colombiana de psiquiatría. Vol. XXXVI. No. 2. 2007. p. 8.

¹³⁸ ZAVALA, María del Refugio. La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. En: Revista Aquichan. Vol. 7. No. 2. 2007. p. 4.

consolidado en las campañas de salud pública, tal como se concibe en la Ley 100 de 1993: “El enfoque de autocuidado en el plan educativo, como estrategia en la mejoría de la adherencia al tratamiento, permitió un cambio en los comportamientos de los pacientes, convirtiéndose en una directriz en el manejo adecuado de la enfermedad, guiando, orientando y apoyando al paciente en los cambios de su estilo de vida, y en el mejoramiento de la calidad de la misma”¹³⁹. De este modo, se continúa haciendo énfasis en la necesidad de que el personal de salud no solo tenga una actividad médica, sino también pedagógica.

La aparición de tales estrategias educativas se instala en el mismo momento en que al paciente se le considera alguien enfermo que requiere cuidado:

Hoy en día, en que vivimos en un tiempo y en una sociedad con una atención sanitaria desarrollada, con medicamentos y técnicas quirúrgicas eficaces, es necesario comprender que el autocuidado sigue siendo necesario, tanto para el manejo de enfermedades agudas no graves, pero muy frecuentes, como para la prevención (en forma de hábitos de vida saludables) de las enfermedades que hoy en día son la causa principal de enfermedad y muerte. (problemas cardiovasculares y cáncer)¹⁴⁰.

Este paciente, para el saber médico, puede parecer inconsciente porque se considera como alguien ‘desconocedor’ de un estilo de vida saludable^{141*}: “La adherencia es un factor importante susceptible de ser modificable y que compromete los resultados en los tratamientos instaurados: la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones sobre cambios en el

¹³⁹ ACHURY SALDAÑA. Op. Cit., p. 2.

¹⁴⁰ LÓPEZ, José; DENNIS, Rodolfo y MOSCOSO, Sonia. Estudios sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. En: Revista Salud Publica-UNAL. Vol.11. No. 3. 2009. p. 3.

^{141*} “Los factores de riesgo modificables se asocian con el estilo de vida por lo que pueden ser prevenidos, minimizados o eliminados e incluyen: la obesidad, el consumo excesivo de sodio, grasas y alcohol y el bajo consumo de potasio, la inactividad física y el estrés. Los factores de riesgo no modificables o no prevenibles son inherentes al individuo (género, raza, edad, herencia). En: MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía Tomo 1. Colombia: Editorial Scripto Ltda., 2007. p. 174.

estilo de vida conduce a un comportamiento contrario al autocuidado”¹⁴². En síntesis, se emite un discurso que propende por reducir los síntomas negativos en el paciente, sin embargo, lo realmente fundamental es la administración eficiente de fármacos.

En este proceso aparece en el sujeto la impaciencia. La persona se cuestiona las decisiones que han sido tomadas por otros sobre su salud, el sujeto transforma su pasividad poco a poco y reconoce que cuenta con derechos que puede exigir. Por ello, vive un conflicto en medio de todas las inequidades y atropellos que existen en materia de salud contra su derecho fundamental: “Reconocemos que todos los seres humanos tenemos derecho a gozar de un buen estado físico y mental, y de un entorno que nos procure bienestar e independencia para desarrollar todas nuestras capacidades de manera digna e integral”¹⁴³. Es en este punto en el que el sujeto siente amenazada su salud.

Cuando la salud de un paciente se deteriora, o tiene riesgo de desarrollar una *Enfermedad Crónica no Transmisible*, este intenta modificar su comportamiento y lo encauza para mantener su salud^{144**}. Sin embargo, se reconoce que hacer cambios es un proceso complejo que requiere, tanto de la existencia de políticas públicas saludables, como de un entorno sociocultural favorable. Además, también se debe tener en cuenta la intervención coordinada y continua de un equipo de profesionales comprometido con el trabajo preventivo¹⁴⁵.

¹⁴² VELANDIA ARIAS, Anita y RIVERA ÁLVAREZ, Luz. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. En: Revista de salud pública. Vol.11. No.4.2009. p. 3.

¹⁴³ BARRERA, Lucy. Cuidando a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Editorial UNAL, 2010. p. 193.

^{144**} “El enfoque de autocuidado en el plan educativo, como estrategia en la mejoría de la adherencia al tratamiento, permitió un cambio en los comportamientos de los pacientes, convirtiéndose en una directriz en el manejo adecuado de la enfermedad, guiando, orientando y apoyando al paciente en los cambios de su estilo de vida, y en el mejoramiento de la calidad de la misma” En: ACHURY SALDAÑA. Op. Cit., p. 20.

¹⁴⁵ ALBA, Luz Helena. Perfil de riesgo en estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. En: Revista Universitas Médica - Universidad Javeriana. Vol.50. No. 2. 2009. p. 5.

Complementando lo anterior, como herramienta de transformación del sujeto enfermo, el saber médico^{146*}, incluyendo todas sus extensiones profesionales y técnicas, socializa ese saber acerca de los síntomas y las repercusiones de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Conocimiento que, si bien es propio de la medicina, resulta necesario para incidir en la transformación de hábitos y comportamientos contrarios a lo que se reconoce como no saludables, lo cual, al final, constituye todo un esquema de educación no formal. De esta manera se establece un dominio de memoria aplicado en tiempos recientes: “Sería menester después de un estudio detallado de todo el territorio, se estableciera, para cada provincia, un reglamento de salud para leerse en el sermón de la misa, todos los domingos y fiestas, ...y que hiciera referencia a la manera de alimentarse, de vestirse, de evitar las enfermedades: serían estos preceptos como plegarias, que los más ignorantes incluso y los niños llegan a recitar”¹⁴⁷. Sin embargo, esta situación coexiste con una serie de resistencias en el sujeto frente a todo saber médico. Conviene subrayar que cualquier diagnóstico estremecedor constituye una herramienta eficaz para modificar la inconsciencia del paciente:

Hay mucho interés en la medicina, en particular en la psiquiatría, sobre el efecto que pueda tener una intervención que modifique o module el comportamiento social y psicológico del paciente en las enfermedades crónicas. Estas intervenciones se han llamado psicosociales, y se acepta en general que se refieren a la influencia de los factores sociales en la mente de un individuo o de su comportamiento, y a la interrelación de los factores comportamentales y sociales¹⁴⁸.

Se tiene también que la inconsciencia del paciente en cuanto a la modulación de su comportamiento no afecta todo un sistema médico y político solamente en el tema

^{146*} “La medicina de las epidemias se opone, palabra por palabra, a una medicina de clases, como la percepción colectiva de un fenómeno global, pero único y jamás repetido, puede oponerse a la percepción individual de lo que una esencia puede dejar aparecer constantemente de sí misma y de su identidad en la multiplicidad de los fenómenos”. En: FOUCAULT. *El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica*. Op. Cit., p. 48.

¹⁴⁷ FOUCAULT. *El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica*. Op. Cit., p. 47-48.

¹⁴⁸ RUIZ MORALES, Álvaro. Impacto de las intervenciones psicosociales en las enfermedades crónicas: una mirada. En: *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. XXXVI. No. 3. 2007. p. 2.

monetario, se insiste en considerar que, colateralmente, atenta también contra un poder ya constituido entre los siglos, el cual se emplea como estatuto médico^{149*}. Así, se espera que el sujeto reconozca de manera sistemática toda comorbilidad o relación entre una enfermedad y otra y pueda, de esta manera, estar al día con referencia a los hábitos que debe asumir desde una conciencia responsable, médicamente hablando.

Otro aspecto relevante es el dolor que muchas de esas enfermedades producen. El saber médico trabaja frente a la aparición de lo que se constituye como el dolor en la enfermedad: “La especialista explica que social y culturalmente este tipo de dolor tiene, por sus características, un significado especial. No sólo es inevitable que algunos lo cualifiquen como la antesala de la muerte, sino que siempre lleva implícito una carga emocional tanto para quien lo sufre como para las personas que rodean a estos pacientes”¹⁵⁰. A saber, implica atención en este aspecto de la enfermedad que no se consideró previamente.

Necesidades y derechos

Dentro de todo este aparato médico aparece un discurso que busca ser excluido de las relaciones existentes que hacen referencia al tratamiento de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*: el relacionado con el ejercicio de los derechos del sujeto consagrados en la Constitución Política de 1991 y en toda una serie de leyes para garantizar su salud. Este derecho representa, dentro de la perspectiva liberal y monetaria^{151*}, un gasto público y privado que resulta ser un obstáculo y, por ende,

^{149*} “El estatuto del médico comporta criterios de competencia y de saber; instituciones, sistemas, normas pedagógicas; condiciones legales que dan derecho no sin fijar los límites - a la práctica y a la experimentación del saber. Comporta también un sistema de diferenciación y de relaciones (reparto de las atribuciones, subordinación jerárquica, complementariedad funcional, demanda, transmisión e intercambio de informaciones) con otros individuos u otros grupos que poseen su propio estatuto (el poder político y su representante, con el poder judicial, con diferentes cuerpos profesionales, con las agrupaciones religiosas y, en su caso, con los sacerdotes)” En: FOUCAULT. Arqueología del saber. Op. Cit., p. 82-83.

¹⁵⁰ EL TIEMPO. Cáncer, su Dolor tiene Alivio. Bogotá D.C. 26 de julio de 2009. Sección Salud. p. 3-8.

^{151*} “Estos diversos costos de ENT (Enfermedad no Transmisible) pueden ser la causa de que un hogar caiga por debajo de la línea de pobreza. Aunque poca evidencia directa atribuye el empobrecimiento a las entidades específicamente (véase Bonu y otros, 2005 y Suhrcke y otros, 2006, sobre algunas excepciones), los hallazgos generales sobre gastos de salud ruinosos, los

genera toda una estrategia preventiva que mitigue la recurrencia de este sujeto enfermo en los servicios del sistema.

El discurso forma parte de lo que produce el aparato médico. De acuerdo a esto, es preciso anotar que en las relaciones existentes de los enunciados se encuentra que el discurso de los derechos es permanentemente excluido cuando se trata de servicios de atención que requieren un gasto público, sólo se percibe al revés cuando las herramientas jurídicas son utilizadas para poner en funcionamiento el ejercicio de derechos, sin embargo, circula de manera más reiterativa la negación y la inobservancia de los derechos.

Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud alude al concepto de prevención y lo sitúa como: “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”¹⁵². Estas medidas son clasificadas en tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria alude a las “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”¹⁵³, se basa entonces en las estrategias que se toman antes de que aparezca la enfermedad. La prevención secundaria “está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible”¹⁵⁴. Finalmente, la prevención de tipo terciaria “se refiere a acciones relativas a la recuperación *ad integrum* de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o

costos relativamente altos y las largas duraciones de las ENT, junto con la evidencia de que los pobres tienen menos capacidad de asegurar el consumo contra enfermedades ‘severas’, sugieren que los costos de las ENT son empobrecedores (ver Gertler y Gruber, 2002; Wagstaff, 2005; Xu y otros, 2003). En: BANCO MUNDIAL. Las políticas públicas y los retos de las enfermedades crónicas no Transmisibles. Colombia: Ediciones MAYOL, 2007. p. 20.

¹⁵² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Op. Cit. p. 12.

¹⁵³ Ibid. p. 12.

¹⁵⁴ Ibid. p. 13.

secuelas buscando reducir de este modo las mismas ”¹⁵⁵. De esta manera, se establece un protocolo que involucra diferentes etapas para el manejo de la enfermedad.

La dirección que se le ha dado a la prevención desde diferentes organismos de salud presenta un énfasis mayoritario en la promoción de salud y prevención de la enfermedad, allí se incluyen los servicios sociales en salud y se privilegia la atención del sujeto enfermo. No obstante, se reafirma la idea de que el sujeto paciente es responsable del control de su propio cuerpo y, por ende, es responsable de su propio autocuidado; de esta manera se desea que el sujeto asuma una actitud determinada producto por las diferentes estrategias de las políticas públicas en salud.

Este estilo de vida saludable que se promueve en los diferentes entes institucionales y medios de divulgación social se preocupa por mantener un estado óptimo de bienestar y adecuadas condiciones para evitar la aparición de la enfermedad. Por esta razón, se han tomado en consideración leyes para atender las necesidades sociales y sus derechos principales que regulen los servicios ofrecidos a los pacientes por medio del apoyo social:

ARTÍCULO 14. SERVICIO DE APOYO SOCIAL. Una vez el Gobierno reglamente la presente ley, los beneficiarios de la misma tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente¹⁵⁶.

En este sentido, el saber médico se emplea también con el propósito de restringir el tratamiento de estas *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. El sistema, al no tener la capacidad, promueve como “necesario y urgente el desarrollo de políticas

¹⁵⁵ Ibid. p. 13.

¹⁵⁶ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1384 de 2010: Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Bogotá: Congreso de la República, 2010. p. 7.

de salud pública que conlleven a el cubrimiento con las vacunas de los grupos de riesgo ya que se obtendrá un impacto significativo en disminución de morbimortalidad en los pacientes con patologías crónicas en especial los pacientes con EPOC¹⁵⁷. Así pues, se expone la representación de una necesidad institucional para contener estas enfermedades.

En esta dinámica, también se observa la urgencia del sujeto para acceder a unos servicios que le permitan sanar o disminuir el dolor de su enfermedad; servicios que se niegan o restringen en algunas ocasiones, por lo que se recurre a una herramienta muy utilizada: la tutela. Este mecanismo es recurrente cuando la voluntad institucional^{158*} considera que no es pertinente el acceso a una especialidad, medicamento o tratamiento. La tutela aparece como herramienta para eliminar las barreras que se le presentan al paciente con el objetivo de que el sistema de salud ceda y acepte el tratamiento o medicamento solicitado:

Tan sólo el 23 de diciembre del 2009 el gobierno de Álvaro Uribe Vélez decidió decretar un estado de emergencia social para afrontar el inminente colapso financiero del sector salud. Según el decreto legislativo 4975 del 23 de diciembre del 2009, la crisis del sistema general de seguridad social en salud se debía en medida a un fenómeno concreto: los costos causados - principalmente mediante la acción de tutela - de medicamentos y servicios excluidos del POS definido por la ley 100. Partiendo de este supuesto, el Gobierno pretendía proteger el derecho a la salud de los colombianos por medio de una limitación del mecanismo el derecho a la salud. Paradójicamente, de

¹⁵⁷ CARRERA RODRÍGUEZ, Tito Alexander. Vacunación en adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y su situación en Colombia. Colombia: Editorial UNAL, 2010. p. 14.

^{158*} “Una revisión de prensa del periodo que va de la declaratoria de emergencia social (23 de diciembre de 2009) a la sentencia de inexequibilidad de la Corte Constitucional (16 de abril de 2010), revela que los grandes protagonistas de la crisis del sistema de salud fueron la tutela y el derecho a la salud. El lenguaje escogido por los medios de comunicación para ilustrar la crisis del sector salud durante ese periodo remite a imágenes catastróficas: “sin remedio, “desangre vergonzoso, “la salud, ¿un derecho de papel?”, “¿se enfermó? pague con sus ahorros”. por una parte, en los periódicos de ese periodo se refleja cómo el Gobierno y algunos comentaristas señalaban a la “tutelitis” del derecho a la salud como el origen del desquiciamiento fiscal del sistema de seguridad social. En: LAMPREA. Op. Cit., p. 89-90.

acuerdo con el Gobierno la tutela parecía ser el mayor obstáculo para la protección del derecho a la salud¹⁵⁹.

Se tiene entonces que la conformación de instituciones responsables para la prestación de un servicio público como la salud, que anteriormente constituía la responsabilidad exclusiva del Estado, ha dado lugar a un poder que se ha centralizado en las entidades privadas. En esta falta de sentido en la política, como lo afirma Hannah Arendt¹⁶⁰, esta situación ha dado pie a un choque de fuerzas en las cuales hay unos poderes que propenden por la sostenibilidad institucional, mientras otras exigen el derecho del sujeto para ser atendido en el marco de su *Enfermedad Crónica no transmisible*:

No obstante, para los delegatorios de la ANC (Asamblea Nacional Constituyente) y para los diseñadores de la ley 100 la libre entrada del capital privado en el aseguramiento y prestación del servicio público de salud era un elemento indispensable para promover el interés general. En otras palabras, la justificación del ingreso del capital privado en el aseguramiento y prestación de los servicios públicos no se estructuró a partir de una noción de la libertad de mercado o de la libre iniciativa privada ajena al interés general. Por el contrario, el mercado y la iniciativa privada debían arraigarse al interés general concretado en las instituciones del Estado social. No al revés, Como pretendía la Superintendencia¹⁶¹.

Como se ha evidenciado, en ese marco constitucional, el saber médico, los economistas, las entidades prestadoras de salud, las instituciones prestadoras de salud y los sujetos enfermos emplean una serie de estrategias para proteger sus necesidades en medio del contexto que ofrece el sistema de seguridad social integral. Sin embargo, vale la pena hacer énfasis en que estas estrategias denotan la distorsión del objetivo central de aquello consignado en la Constitución Política de 1991 en el tema de solvencia de necesidades y ejercicio pleno de derechos.

¹⁵⁹ LAMPREA. Op. Cit., p. 88.

¹⁶⁰ ARENDT. Op. Cit., p.67.

¹⁶¹ LAMPREA. Op. Cit., p. 29.

Autocuidado como nuevo estilo de vida

Desde el plano de la formación del sujeto paciente se privilegia el autocuidado como el imperante que viene a generar la socialización del proceso preventivo. Se le orienta de manera permanente para que adopte determinados comportamientos y hábitos, por tanto, se le sitúa en la idea de responsabilizarse de su propio bienestar y cuidar su salud. Como técnica^{162*} imprescindible para poner en marcha las recomendaciones para el tratamiento, el autocuidado resulta ser una herramienta fundamental para el discurso médico y sus extensiones técnicas y profesionales. Por consiguiente, el sujeto debe reconocer la importancia de realizarse un autotratamiento ante la presencia, o posible aparición, de una enfermedad crónica. De la misma forma, el saber médico en los individuos sanos resulta importante para que este sea socializado; estas acciones se orientan principalmente a disminuir la dependencia del sistema de salud que se puede generar con la aparición de la enfermedad.

De esta manera, los comportamientos que son transformados en un sujeto y en los cuales su aplicación se mantiene a lo largo de su vida permiten una acción intermitente del médico o profesiones encargadas de atender estas patologías¹⁶³. Luego, se propende por ralentizar la enfermedad o su aparición a partir de la implementación de prácticas de cuidado por parte del sujeto que debe mantener resto de la vida. Así, el discurso del autocuidado irrumpe de tal forma en la vida del sujeto que permanece la idea de anular las malas decisiones, o más bien, esas decisiones que el saber médico ha considerado como malas:

^{162*} “No quiere decir esto que se trate de negarlas, o de discutir que puedan ser jamás objeto de una descripción, sino que se adopta, con respecto a ellas un alejamiento medurado, se desplaza el nivel de ataque del análisis, se pone al día lo que las ha hecho posibles; se localizan los puntos en los que ha podido efectuarse la proyección de un concepto sobre otro, se fija el isomorfismo que ha permitido una transferencia de métodos o de técnicas, se muestran las adyacencias, las simetrías o las analogías que han permitido las generalizaciones; en suma, se describe el campo de vectores y de receptividad diferenciada (de permeabilidad y de impermeabilidad) que, respecto al juego de los intercambios ha constituido una condición de posibilidad histórica”. En: FOUCAULT. *Arqueología del saber*. Op. Cit., p. 271.

¹⁶³ GONZÁLEZ SALCEDO. Op. Cit., p. 2-5.

Debemos tener actitud positiva siempre, no negarnos a nada (por ejemplo, a seguir un tratamiento, a tomarnos las medicinas y a ir a controles médicos). Cada año asisto sin falta a mis controles. Es importante aprender a verlos como parte de una rutina. Cuido más que nunca mi alimentación, hago ejercicio y practico yoga, que en sánscrito significa unión (es importante tener equilibrio en nuestros tres planos: cuerpo, mente y espíritu). Me gusta meditar y relajarme acompañada del olor del incienso o de la aromaterapia¹⁶⁴.

Es así como el saber médico impera ante todo cuestionamiento o negación del sujeto para adherirse a un tratamiento, pero también se despliega toda una cadena de cuidados que se articulan a esta técnica. No hay que olvidar que, como ya se ha mencionado previamente, los cuidadores también son incorporados en este estilo de vida:

Las enfermedades crónicas de parcial dependencia son aquellas en las cuales el individuo es capaz de favorecer el autocuidado, pero necesitan un cuidador que les proporcione apoyo, acompañamiento en el proceso de la enfermedad, ayuda para contribuir a su autocuidado y, de esta manera, cumplir con el régimen terapéutico. La labor del cuidador desencadena una interrupción en su cuidado que origina una disfunción en su calidad de vida, que debe ser evaluada para lograr su bienestar, teniendo en cuenta su responsabilidad a la hora de tomar decisiones frente al cuidado del familiar¹⁶⁵.

Como consecuencia de este discurso, también emerge una circulación de métodos y elementos que facilitan el autocuidado; la vida sana comienza a ser tendencia favorable para empresas farmacéuticas y de alimentación: “Las estadísticas de personas que padecen de diabetes en el mundo está creciendo en niveles alarmantes; a su vez el porcentaje de personas que implementan cuidados en su alimentación como métodos para cuidar su salud y su físico, también tiene

¹⁶⁴ CERVANTES, Alfonso. Quererse uno mismo es la clave: El cáncer de seno fue un vía crucis físico y emocional que superó gracias al tratamiento y al apoyo de su familia y a su fuerza interior. Bogotá: El tiempo, 28 de enero 2007. p. 3-10.

¹⁶⁵ ACHURY, Diana Marcela *et al.* Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. En: Revista investigación en enfermería: imagen y desarrollo. Vol.13. No. 1. 2011. p. 1.

tendencias crecientes en el mundo”¹⁶⁶. Esto permite evidenciar que todo proceso médico y terapéutico implica el movimiento de la economía y el comercio.

Lo anterior conlleva a que también se incorpore el autocuidado a lo largo de la vida del sujeto enfermo como un método auxiliar a todo esfuerzo médico ya que: “El autocuidado entendido como el propio tratamiento de los signos y síntomas de enfermedad que las personas padecen, es una de las formas más utilizada para el mantenimiento de la salud”¹⁶⁷. Como se puede analizar, la idea de un autocuidado a largo plazo busca disminuir el uso frecuente de citas y tratamientos asistenciales. Por ende, el discurso del autocuidado surge como una necesidad que no es obligatoria para el ser humano, pero que para las entidades de salud y el saber médico es fundamental poder desarrollar y gestionar:

Los requisitos de autocuidado se conceptualizan como acciones sistemáticas que deben ser realizadas para y por el agente, con el objetivo de controlar factores humanos y ambientales que afecten el funcionamiento y desarrollo humano. Para poder desarrollar acciones de autocuidado, Orem propone que la habilidad para ocuparse del autocuidado se conceptualice en forma y contenido como una habilidad humana llamada “capacidad de agencia de autocuidado”¹⁶⁸.

Tal discurso logra que el autocuidado se consolide como un imperativo en el control de la población con referencia a toda acción que sea contraria a este concepto. Pese a esto, se observa que la resistencia de los sujetos para adherirse a todo tratamiento es permanente y termina por atenuar las indicaciones referentes al autocuidado, pues son vistas como una coacción que no hace parte de su vida y cotidianidad:

¹⁶⁶ OSORIO POLO, Karen Sofía. Plan de Negocio para una empresa productora y comercializadora de postres dietéticos, elaborados con frutas orgánicas, dirigido a pacientes con diabetes y personas que cuidan su alimentación en la Ciudad de Bogotá. Colombia: Editorial Universidad Javeriana, 2008. p. 11.

¹⁶⁷ LÓPEZ, José; DENNIS, Rodolfo y MOSCOSO Sonia. Op. Cit., p. 3.

¹⁶⁸ ACHURY, Diana Marcela; SEPULVEDA, Gloria y RODRIGUEZ, Sandra. Op. Cit., p. 4.

Las tendencias en salud pública sugieren una atención cada vez más anticipatoria sobre poblaciones sanas y sobre factores protectores y de riesgo, creando ambientes saludables en la familia y la comunidad, promoviendo el autocuidado, los estilos de vida saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida en la población; esto exige la participación, no sólo del personal de salud, sino también la propia población, las comunidades, los gobiernos, las sociedades y las naciones, pues debe asumirse como una dimensión intersectorial, dado que sin cambios en el entorno que los favorezcan, difícilmente se producirán cambios comportamentales individuales¹⁶⁹.

Como se observa, esta coacción resulta cimentada sobre la disciplina y ejercicio de gobernabilidad^{170*}. Por ende, se incorpora en la vida de todos, ya que es importante para el saber médico que el discurso sea apropiado por todos los actores del sistema, todo ciudadano y todo actor vinculado con la gobernabilidad está orientado para incorporar este aspecto a su vida.

¡Obsesionados por la salud!

Se identifica entonces un sujeto atacado por toda una serie de recomendaciones médicas que incluyen modos de actuar, recomendaciones alimentarias y dosificación del tiempo y del trabajo. Así, por medio de las instituciones y saberes médicos que interpelan al sujeto enfermo, se comienza a desarrollar un modo de vida mediado por hábitos diferentes, lo cual responde a un intento por hacerlo parte de un nuevo modo de vivir la enfermedad. Por lo tanto, la discusión se da en que el sujeto se configura y el saber médico como imperativo se encarga de hacer ese proceso.

¹⁶⁹ ESPITIA CRUZ, Luz Carine. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana. Colombia: Editorial UNAL, 2011. p. 16.

^{170*} “La población aparece como meta última por excelencia del gobierno, pues, en el fondo, ¿cuál puede ser la meta de este? sin duda no gobernar, sino mejorar la suerte de las poblaciones, aumentar sus riquezas, la duración de la vida, su salud.” En: FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 132.

El sujeto se sitúa en toda una serie de preocupaciones relacionadas con su pasado, presente y futuro. Esto sucede en función de las recomendaciones a favor del sujeto saludable, se espera entonces que dichas recomendaciones sean replicadas por cada individuo con el propósito de que se instaure una fuerza discursiva que responda a encaminar a la población por la senda del autocuidado que les prometen alejarlos de las enfermedades crónicas. Por esta razón, el sistema de seguridad social integral cuenta con técnicas movilizadas precisas en términos estadísticos que son usadas para gobernar a partir del saber médico:

Las enfermedades crónicas son causa principal de muerte y discapacidad en el mundo; a ellas se atribuyen más de 60% de las defunciones y la mayoría de los costos sanitarios. Los factores relacionados con su aparición son la hipertensión arterial, la obesidad, la hiperglucemia y la hiperlipidemia, afecciones ocasionadas a su vez por factores del modo de vida y el comportamiento¹⁷¹.

Dicha discursividad pone en marcha un tipo de obsesión por la salud en el que se regula todo accionar que niegue reconocer y comprender el carácter peligroso de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* y sus características. Así, se pone a prueba toda resistencia de los sujetos y se muestra la necesidad de controlar un crecimiento en el número de enfermos crónicos, tanto aquellos que se encuentran en tratamiento, como los que no están diagnosticados¹⁷².

Ahora bien, el diagnóstico, sumado al discurso instaurado, da lugar a una preocupación latente por un futuro incierto ante la presencia y la naturaleza de la enfermedad crónica que estará presente para el resto de la vida. Esta angustia favorece la necesidad de mitigar todo brote de enfermedad y sus implicaciones, sin embargo, esto acarrea la producción de un tipo de relaciones que el sistema está dispuesto a omitir o excluir:

¹⁷¹ MORAN MADROÑERO, Ximena. Educación para la Salud en Hipertensión Arterial: Evidencias en Latinoamérica 200-2010. Bogotá: Editorial Universidad Javeriana, 2010. p. 20.

¹⁷² EL TIEMPO. Educación, meta social de Mayagüez. Bogotá D.C. 6 de diciembre 2010. En Línea.

A veces los familiares y los médicos se ven tentados a obrar en el que consideran el mejor beneficio del paciente, incluso en contra de la voluntad de éste y cuestionando su competencia para decidir. Hay que diferenciar el mejor interés del enfermo del mejor interés de la ciencia, de las convicciones del médico, de los conflictos de intereses de los cuidadores y de los posibles problemas económicos o familiares que pueden coaccionar la decisión del paciente, dice Gómez. Y cita otro ejemplo, el de Aurora, de 70 años, que vivía con su única hija y su esposo. Los médicos le diagnosticaron cáncer de seno y le recomendaron someterse a quimioterapia y mastectomía (extirpación de la mama). Ella manifestó su rechazo; no quería eso para su vida, pero su hija insistió en que el tratamiento se hiciera, porque le parecía ilógico que su mamá pensara lo contrario. Si Aurora era competente, ha debido respetarse su decisión¹⁷³.

Como se puede evidenciar, las decisiones sobre el curso de la enfermedad tienen un componente de exclusividad propio del saber médico y de las dinámicas institucionales las cuales guían las decisiones del sujeto sobre el curso de su enfermedad. En todo sujeto se afina la idea de que cada acción y decisión que tome será adherida al objetivo primordial de la existencia de un sujeto responsable. Ante esta situación, las alarmas se encienden cada vez que el paciente realiza rutinas y comportamientos que se consideran inadecuados. Se espera entonces que el individuo ejecute todas las labores correspondientes a un comportamiento responsable enmarcado en el saber médico e institucional.

Paciente/usuario

En el marco de la atención a las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*, la salud se entiende como un servicio público al cual accede el sujeto paciente que posee una enfermedad y requiere de ciertos cuidados y tratamientos médicos con el fin de controlarla. Ese sujeto también constituye y representa al usuario que transita en el sistema de salud:

¹⁷³ EL TIEMPO. Que el adulto mayor decida. Bogotá D.C. 18 de junio 2008. Sección Salud y Vida. p. 2.

ARTÍCULO 139°. DEBERES Y OBLIGACIONES. Los usuarios del sistema de seguridad social en salud deberán cumplir los siguientes deberes y obligaciones": 139.1. "Actuar frente al sistema y sus actores de buena fe". 139.2. "Suministrar oportuna y cabalmente la información que se les requiera para efectos del servicio". 139.3. "Informar a los responsables y autoridades de todo acto o hecho que afecte el sistema". 139.4. "Procurar en forma permanente por el cuidado de la salud personal y de la familia y promover las gestiones del caso para el mantenimiento de las adecuadas condiciones de la salud pública". 139.5. "Pagar oportunamente las cotizaciones e impuestos y, en general, concurrir a la financiación del sistema". 139.6. "Realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definan dentro del sistema". 139.7. "Contribuir según su capacidad económica al cubrimiento de las prestaciones y servicios adicionales a favor de los miembros de su familia y de las personas bajo su cuidado". 139.8. "Cumplir las citas y atender los requerimientos del personal administrativo y asistencial de salud, así como brindar las explicaciones que ellos les demanden razonablemente en ejecución del servicio". 139.9. "Suministrar la información veraz que se le demande y mantener actualizada la información que se requiera dentro del sistema en asuntos administrativos y de salud". 139.10. "Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema" 139.11. "Hacer un uso racional de los recursos del sistema". 139.12. "Respetar a las personas que ejecutan los servicios y a los usuarios". 139.13. "Hacer uso, bajo criterios de razonabilidad y pertinencia, de los mecanismos de defensa y de las acciones judiciales para el reconocimiento de derechos dentro del sistema". 139.14. "Participar en los procesos de diseño y evaluación de las políticas y programas de salud; así como en los ejercicios de presupuestación participativa en salud¹⁷⁴.

Ahora bien, la intervención médica del sistema de salud en el sujeto enfermo, como ya se ha expuesto, lo ha convertido en usuario de un servicio y, por ende, le ha despojado de un derecho. Esto se materializa en el abordaje de las enfermedades crónicas a partir de innumerables trámites que son adelantados desde las entidades

¹⁷⁴ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones Op. Cit., p. 337-338.

prestadoras de salud, las instituciones prestadoras de salud, el sistema Estatal de recobros antes FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía), ahora ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) y las entidades y contratistas que suministran insumos y medicamentos al sistema de seguridad social integral. De esta manera, el paciente se convierte en un usuario de múltiples servicios ofrecidos por diferentes empresas que representan un carácter económico.

Lo anterior señala la encrucijada en la cual se encuentra el paciente ante una situación en la que requiere un tratamiento médico que implica costos monetarios que debe asumir, pero, además, exige cambios en su modo de vida que no son menores. En suma, dado que el tratamiento es un servicio que el paciente debe costear, se aúnan un sinnúmero de cuestionamientos relacionados con el sacrificio que implica pagar procedimientos especializados y que requieren de trámites más complejos¹⁷⁵.

Como se puede evidenciar, se traza de toda una relación enmarcada en la reciprocidad entre la comunicación del discurso y la consolidación del sistema. En tanto, el sujeto se configura como usuario de un sistema que se espera responda de la forma más pertinente y eficiente, tanto en su conformación, como en su operatividad. No obstante, en la práctica se evidencian otras dinámicas que complejizan la situación. Por ejemplo, el uso de las tecnologías de comunicación cobra un sentido que beneficia al sistema, pero no necesariamente al sujeto: “En la actualidad, se considera que el uso de TIC es una de las estrategias pertinentes y necesarias para aprovisionamiento del soporte social, con significativas ventajas y beneficios para el paciente y el cuidador”¹⁷⁶. De este modo, se evidencia un cambio progresivo de la consulta programada presencial a la consulta virtual; cambio que se sustenta en la necesidad de descongestionar el sistema y subsanar las fallas del mismo en cuanto al acceso a una cita médica. Con esta práctica se busca generar

¹⁷⁵ BARRERA. Op. Cit., p. 17.

¹⁷⁶ CARDENAS, Diana Carolina; MELENGE, Brigitte y PINILLA, Johanna. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica, un estado del arte. En: Revista Aquichan. Vol. 10. No. 3. 2010. p. 5.

una sensación de atención oportuna en los usuarios, sin embargo, se expone una fragilidad en la relación del médico con el paciente en la cual, necesariamente, media una normatividad definida conforme a la ley para la atención:

ARTÍCULO 97. CONSULTA MÉDICA GENERAL. Como lo establece la Ley 100 de 1993, el MÉDICO GENERAL es la base y el motor de todo el engranaje de salud en el plan que se describe, conjuntamente con el personal paramédico y auxiliar, quienes serán la puerta de entrada al sistema. El contacto del paciente con la E.P.S. será más estrecho, frecuente y regular a través de su MÉDICO GENERAL. Será él quien establezca las pautas para la promoción y la prevención. La consulta no debe ser menor de VEINTE (20) minutos. En este nivel de complejidad el paciente y su familia pueden acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud¹⁷⁷.

Como se puede observar, la relación con el paciente usuario en este orden legal ofrece una temporalidad definida según la necesidad institucional de atender de forma masiva todos los requerimientos en salud que surgen. En esta temporalidad se espera que el médico logre tener una visión integral del paciente dentro de esos veinte minutos de atención. Sin embargo, no se puede olvidar que “la mirada médica requiere de cierta precisión y observación específica, lo que muestra las contradicciones de tal proceso de atención” ¹⁷⁸, tal como lo indica Foucault. A esto se le suma que, como ya se ha presentado previamente, ofrecer o no un servicio o insumo médico está en manos múltiples entidades; entidades que terminan por permeare la configuración de la profesión médica al definir la relación del paciente con el médico.

Esto permite evidenciar que en el momento en que el paciente usuario accede a una consulta médica, se pone en juego todo un esquema y una estructura que le exige tanto al médico, como al individuo un tiempo determinado. Así pues, el saber

¹⁷⁷ MINISTERIO DE SALUD COLOMBIANO. 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. Bogotá: Diario Oficial, 1994.

¹⁷⁸ FOUCAULT. El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica. Op. Cit., p. 121.

médico y sus extensiones profesionales y técnicas se enfrentan al reto de la atención de un paciente en un tiempo establecido y controlado. En este sentido, el sujeto enfermo se encuentra inmerso en una serie de relaciones encaminadas a articular, desde una visión económica, toda su atención médica; atención médica que la institucionalidad define en términos eficiencia económica, más que de eficiencia médica.

Paciente formado, sujeto bajo control

Teniendo en cuenta que la medicina se sitúa como un saber que se transmite a los pacientes, se insiste en considerar la educación no formal como una herramienta fundamental en el proceso de poner en funcionamiento el esquema de tratamiento. Esto, dado que no basta con que el sujeto enfermo cumpla con las citas médicas y consuma los medicamentos prescritos, se espera también que, mediante estrategias desplegadas por la vía educativa, logre interiorizar todos los parámetros para el control de su enfermedad.

Ante esta situación, en el abordaje médico se comienza a evidenciar la necesidad de anticipar las transformaciones que el sujeto puede tener en su salud, ya que “los cambios sociales en los últimos 20 años han generado mayores índices de sedentarismo en niños y jóvenes con respecto a generaciones anteriores y es este comportamiento sedentario adoptado durante la niñez que da paso a la aparición de enfermedades crónica durante la vida adulta”¹⁷⁹. Dicha necesidad permite evidenciar la existencia de un distanciamiento entre el sistema educativo y el sistema de salud en el cual se requiere que este último fortalezca las estrategias y recomendaciones para la transformación de conductas y comportamientos.

En el análisis de la realidad de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* en los sujetos se puede evidenciar que existe un tipo de relación entre el médico, o personal sanitario, y el sujeto enfermo que está mediado por agentes y técnicas

¹⁷⁹ ÁVILA MORALES, Juan Carlos. Identificación de factores de riesgo para enfermedad crónica en estudiantes de medicina de último año de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada. Colombia: Editorial UNAL, 2011. p. 26.

necesarias para mantener la seguridad en el territorio^{180*}. A través de la palabra del médico, el sujeto transforma sus ideas y concepciones sobre la enfermedad. Aunque muchas veces este individuo puede resistirse, emergen abordajes orientados al tratamiento propuesto y ya dictaminado: “La educación sanitaria del paciente con EPOC consiste en una experiencia en la que se emplean una combinación de consejos y técnicas de modificación de conductas con el objetivo que el paciente participe de modo activo en el control y vigilancia de los riesgos relacionados con la enfermedad y otras condiciones de salud”¹⁸¹. Así, el sujeto puede comenzar a romper la resistencia a la adherencia, la cual es necesaria en todo el tratamiento médico:

El disponer de un lugar fijo para vivir y un soporte social con familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adherencia. Los factores psicológicos también influyen en el cumplimiento; la ansiedad y la depresión empeoran la adherencia. Las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo de salud son factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de forma correcta¹⁸².

A su vez, desde la educación no formal, la medicina impulsa un sistema de abordaje integral que incluye a la familia y la comunidad en el proceso de tratamiento del sujeto. Se evidencia también un esfuerzo desde el saber médico por transformar y dinamizar estas orientaciones en la vida del paciente: “Los estudios que analizan el abordaje terapéutico de las personas con enfermedades crónicas han mostrado los beneficios de la educación individual en términos de crecimiento personal, empoderamiento, seguridad, disminución de complicaciones y motivación del paciente”¹⁸³. Teniendo en cuenta esta afirmación, al parecer, se considera toda una serie de intervenciones indirectas que favorecen la estructuración del sujeto por

^{180*} “En el dispositivo de seguridad tal como acabo de exponerlo me parece que se trata justamente de no adoptar ni el punto de vista de lo que se impide ni el punto de vista de lo que es obligatorio, y tomar en cambio la distancia suficiente para poder captar el punto donde las cosas van a producirse, sean deseables o indeseables”. En: FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 68.

¹⁸¹ EPS FAMISANAR. Protocolo de atención integral de la EPOC. Colombia: Editorial Famisanar, 2011. p. 13.

¹⁸² ACHURY SALDAÑA. Op. Cit., p. 4.

¹⁸³ ACHURY, Diana Marcela; SEPULVEDA, Gloria y RODRIGUEZ, Sandra. Op. Cit., p. 121.

medio de la disciplina y el cumplimiento de los cánones necesario para controlar la enfermedad.

De ahí que la educación no formal constituya una herramienta significativa en los procesos de abordaje en salud. Además, no hay que olvidar, este proceso de aprendizaje no formal también pretende retardar las secuelas del envejecimiento a mediano y largo plazo:

Un tercer prejuicio es el de asociar el envejecimiento con el declive cognitivo. Existen casos de personas que, después de cierta edad, sufren deterioro gradual de algunas de sus capacidades cognitivas. Conviene recordar que de todos los cambios o deterioros de la vejez, los de la mente son las más graves consecuencias. Pero este deterioro cognitivo, en la mayoría de los casos, se explica por factores que no son intrínsecos al proceso de envejecimiento. Entre estos factores ajenos podemos señalar el haber tenido una alimentación insuficiente en los primeros diez y ocho meses de vida. En otros casos, el no haber tenido una educación suficiente o que haya sido deficiente, no ha permitido que la mente haya sido entrenada o estimulada. En ciertas circunstancias, el hecho de vivir en un contexto familiar y social poco estimulante es causa de pérdida de la capacidad mental¹⁸⁴.

Ante esta concepción del sujeto, Foucault menciona que este tipo de discurso se orienta permanentemente, tanto en términos cognitivos, como mentales, pero también tiene un alcance corporal:

Alude al dominio que se puede ejercer sobre uno mismo y los otros y sobre el cuerpo, pero también sobre el alma y la manera de obrar. Y, por último, remite a un comercio, a un proceso circular o un proceso de intercambio que pasa de un individuo a otro. De todos modos, a través de todos estos sentidos hay algo que se deja ver con claridad: nunca se gobierna un Estado, nunca se gobierna

¹⁸⁴ ANDER-EGG, Ezequiel. Cómo envejecer sin ser viejo. Añadir años a la vida y vida a los años. Bogotá, D.C.: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, 2010. p. 72.

un territorio, nunca se gobierna una estructura política. Los gobernados, con todo, son gente, hombres, individuos, colectividades¹⁸⁵.

Así, una vez más, se identifica que esta formación en salud que adquiere el paciente, o sujeto enfermo, tiene como propósito lograr que su padecimiento no sea un obstáculo en el desarrollo social y económico. Por ende, las políticas de salud pública y todo personal salubre se acoge a los parámetros establecidos para gobernar la vida del sujeto con una enfermedad.

Son múltiples los análisis y reflexiones que se realizan desde los saberes médicos acerca de la necesidad de incluir una educación no formalizada. Esto permite dejar en evidencia la puesta en marcha de una gran fuerza discursiva que se constituye en oposición a la resistencia de un sujeto enfermo que no se adhiere a un tratamiento y que representa un punto más en el descontrol epidemiológico de las *Enfermedades Crónicas No Transmisibles*.

Paciente medicado, mercado regulado

La aparición de *Enfermedades Crónicas No Transmisibles* trae consigo la implementación de un proceso terapéutico que se acompaña, en la mayoría de las veces, de un tratamiento farmacológico basado en los síntomas y la progresión misma de la enfermedad que el médico tratante ordena. La frecuencia con que los médicos comienzan a formular estos medicamentos, al parecer, ha obligado al Gobierno Nacional a establecer un tipo de reglamentación^{186*}; una regulación comercial y sanitaria que los médicos no dudan en aceptar y recomendar: “La diabetes es una enfermedad crónica (de larga duración) que requiere un control estricto y permanente, el uso de los medicamentos adecuados y el cambio en los estilos de vida, en ese proceso es vital el compromiso de la persona con diabetes,

¹⁸⁵ FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 149.

^{186*} “Quien delinque contra ese sujeto colectivo creado por el contrato social rompe sin duda este último y queda al margen de aquél. En ese dibujo que comienza a esbozar la noción de población también vemos perfilarse una partición en la cual el pueblo aparece de manera general como el elemento resistente a la regulación de la población, el elemento población existe, se mantiene y subsiste, y lo hace en un nivel óptimo”. En: FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 65.

explica Pablo Aschner, médico endocrinólogo y subdirector científico de la Asociación Colombiana de Diabetes¹⁸⁷. Esta medicación pasa entonces de un discurso propio del saber médico a la educación salubre no formal.

Tanto la diabetes como las otras enfermedades crónicas exigen a los profesionales solicitar al sujeto el consumo regular dichos fármacos lo cual activa el mercado, pues la necesidad del sujeto entra en una dinámica de oferta y demanda¹⁸⁸. De este modo, las instituciones estatales y privadas se relacionan de una forma conflictiva ante la necesidad de regular el mercado de los medicamentos.

Dado que acceder a estos medicamentos por su efectividad en el control de la enfermedad es necesidad primordial, “cada vez se hace más evidente la importancia de la participación en la adhesión al régimen de medicamentos y en el cambio de hábitos y estilo de vida para la prevención y el tratamiento de la enfermedad”¹⁸⁹. En este sentido, el saber médico va de la mano con el desarrollo comercial de medicamentos. Así, el sujeto inmerso en una dinámica de mercado se ve desbordado en su capacidad de pago por los altos costos que los fármacos tienen: “Finalmente, Juan Carlos está recibiendo los servicios médicos que requiere para sobrevivir. Sin embargo, se queja de las demoras en el suministro de medicamentos y en la asignación de citas de especialistas y de exámenes, y de las ambulancias que lo movilizan: suelen recogerlo dos horas tarde”¹⁹⁰. Por ende, en muchas ocasiones, la adquisición de los fármacos depende totalmente de la voluntad institucional para adquirirlos.

La movilización social y política también se hace partícipe en esta dinámica de voluntades institucionales:

¹⁸⁷ EL TIEMPO. Diabetes un Mal Dulce y Mortal. Bogotá D.C. 15 de noviembre 2009. Sección Salud. p. 3-8.

¹⁸⁸ CONFERENCIA MEDICA ERS EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY. Abordaje amplio para el tratamiento de las exacerbaciones del EPOC. Bogotá: Editorial Europa Press, 2011. p. 5.

¹⁸⁹ AVILLARRAGA QUINTERO. Op. Cit., p. 23.

¹⁹⁰ EL TIEMPO. Así es el drama de los pacientes colombianos. Bogotá. D.C. 14 de mayo 2011. En Línea.

Cerca de 80 personas protestaron de 9 a 10 de la mañana de hoy frente a una farmacia de la EPS SaludCoop, en el costado occidental de la autopista Norte con calle 93. Durante media hora se pararon en medio de la vía, bloqueando el tráfico en la paralela, pero fueron retirados por la Policía. La manifestación, al parecer, fue motivada por la demora en la entrega de medicamentos que los usuarios llevan esperando desde las 6 y 30 de la mañana¹⁹¹.

Estas situaciones hacen necesaria la intervención de la figura estatal para disminuir y regular estas dinámicas comerciales. Esto dado que los mismos pacientes enfermos, que representan un número bastante grande en las estadísticas epidemiológicas, comienzan a movilizarse y a levantar la voz mientras exigen su derecho a la salud:

De acuerdo con los investigadores de Fedesarrollo Roberto Steiner y Juan Gonzalo Zapata, en "los medicamentos que no tienen competencia, que son gran parte de los analizados, se encuentra que los precios en el mercado nacional son superiores al promedio (...)". Por ejemplo, el Adalimumab es 173 por ciento más caro que en el Reino Unido; el Interferón Beta 1-B es 3.204 por ciento más caro que en otros países; el Rituximab sobrepasa los 1.300 dólares, cinco veces más que el precio en el Reino Unido: 278. Las enfermedades son ganancias para las multinacionales: Roche Holding Ltd. se gana 19.000 millones de dólares (mdd) anuales en tres medicamentos: Rituxan (linfoma de Hodgkin), Avastín (cáncer de colon) y Herceptín (Cáncer de seno)¹⁹².

El peligro de una revuelta, como señaló Foucault, parece tener una vigencia importante hoy día: "Ahora bien, desde las experiencias del siglo XVII, la revuelta urbana es desde luego la gran cosa que el gobierno debe evitar. Flagelo por el lado de la población; catástrofe o crisis, si lo prefieren, por el lado del gobierno"¹⁹³. En tanto, para el Estado surge la necesidad de regular el mercado farmacéutico:

¹⁹¹ EL TIEMPO. Usuarios de Saludcoop protestaron por mal servicio en Farmacia. Bogotá D.C. 2 de marzo 2012.

¹⁹² EL TIEMPO. Las multinacionales farmacéuticas: rentistas. Bogotá D.C. 1 de mayo 2012. En Línea.

¹⁹³ FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 47.

Según la Ley 1438 de 2011 que reformó el sistema de salud, el Ministerio de Salud debe expedir una regulación para producir y comercializar medicamentos biotecnológicos, de acuerdo con estándares internacionales aceptados, garantizando la calidad, seguridad y eficacia de estos productos. El legislador también otorgó un año para expedir el mencionado decreto, plazo que se venció el pasado 19 de enero. Las recomendaciones sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son la guía mayormente aceptada en el mundo, y lo aplicado por la Agencia Europea de Medicamentos y por la FDA norteamericana siendo más estrictos, de todos modos, está en línea con la OMS¹⁹⁴.

Al retomar el pensamiento de Foucault, es importante hacer énfasis en aquello que él denomina el *fenómeno de la escasez*: "Vale decir que la escasez es un estado de penuria que tiene la propiedad de engendrar un proceso que la dilata y tiende, a falta de otro mecanismo que la detenga, a prolongarla y acentuarla. Es, en efecto, un estado de penuria que provoca el alza de los precios"¹⁹⁵. En este contexto, la situación afecta notablemente a la persona con una *Enfermedad Crónica no Transmisible*, pues se pone en tensión la necesidad de acceder a un producto que controla su enfermedad y mejora su calidad de vida, versus la falta de circulación en el mercado por intereses económicos.

En consonancia con lo ya dicho, el sujeto con enfermedad se acoge a las opciones existentes para poder acceder a los servicios que ofrecen las farmacéuticas y las entidades prestadoras de salud. Sin embargo, si no dan resultado, utiliza el mecanismo de la tutela que, como se ha mencionado previamente, ocupa un papel fundamental en el desarrollo de toda esta problemática:

Al poco tiempo de ser reglamentada la tutela, fueron muchas las personas que acudieron a su amparo para hacer respetar y cumplir sus derechos: ...enfermos graves consiguieron que las EPS los atendieran y les brindaran procedimientos y medicamentos sin los cuales hubieran muerto, ...lo que hizo que la tutela se fuera rápidamente convirtiendo en un patrimonio invaluable de todos los

¹⁹⁴ EL TIEMPO. ¿Y la seguridad de los pacientes? Bogotá D.C. 28 de febrero 2012. En Línea.

¹⁹⁵ FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 46.

ciudadanos de Colombia, sin importar la raza, el origen, la edad, el sexo, la condición económica o política¹⁹⁶.

Curiosamente, las dinámicas mercantiles se logran articular ante este recurso constitucional para favorecer sus ingresos económicos y la sostenibilidad de sus productos:

El sobreprecio de fármacos debido a la desregulación probó ser tóxico cuando la oleada del litigio de salud llevó a que el Gobierno usará fondos públicos-administrados por el Fosyga- para reembolsar a las entidades aseguradoras (las EPS contributivas y subsidiadas) que habían otorgado medicamentos de alto costo a pacientes, en la mayoría de los casos tras un fallo de tutela o una decisión de un CTC favorable al paciente. Una ilustración de esto es que los recobros pagados por el Fosyga se elevaron de US\$142 millones en el 2006 a US\$963 millones en el 2009. Tan sólo en el 2009 los recobros pagados por Fosyga por concepto de un medicamento biotecnológico para el cáncer producido por Roche (rituximab), se elevaron a aproximadamente \$67.000 millones¹⁹⁷.

En concreto, es innegable que el sujeto con una *Enfermedad Crónica no Transmisible* sortea permanentemente todas estas situaciones que, en muchos casos, violan el derecho a acceder a los medicamentos y atención requerida^{198*}.

¹⁹⁶ GONZÁLEZ POSSO, Camilo *et al.* Memorias para la democracia y la paz: veinte años de la Constitución Política Colombia Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., 2012. p. 256.

¹⁹⁷ LAMPREA. Op. Cit., p. 135.

^{198*} “Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”. En: ASAMBLEA CONSTITUYENTE DE COLOMBIA 1991. Constitución Política de la República de Colombia. Colombia: 20 de julio de 1991. Art. 49.

Esta situación lo sitúa en una doble problemática: la de su enfermedad y la de una atención eficiente y oportuna, tanto médica, como farmacéutica.

CAPÍTULO III: ENFERMEDAD

¿Enfermedad Crónica Individual o Enfermedad Crónica Social?

En el contexto del saber médico, “aquellas enfermedades para las cuales aún no se conoce una solución definitiva y el éxito terapéutico consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el consumo constante de fármacos, se les conoce como enfermedades crónicas”¹⁹⁹. Así pues, dado que la sociedad mercantil exige un ritmo acelerado, del cual poco a poco la vejez va siendo marginada, el sistema parece no adherirse a la dinámica de la población:

El envejecimiento de la población es un reto para la medicina, ya que se tienen cada vez más pacientes ancianos con todo lo que esto implica: comorbilidades y mejor definidas en este grupo etario como multimorbilidades, muchas de estas de alto costo, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad renal crónica y la diabetes con sus respectivas complicaciones por el tiempo de diagnóstico de la enfermedad crónica²⁰⁰.

Paradójicamente, se nombra y se promulga el derecho a la salud y se le solicita al sujeto enfermo cumplir con todo tratamiento y adherencia, pero la fuerza institucional es incuestionable ante sus evidentes fallas; aquellas que la persona enferma padece y sufre por la incertidumbre ante las barreras de acceso al sistema: “Algunos estudios sobre el tema han encontrado que los enfermos pierden en Colombia, en promedio, entre dos y dos meses y medio al año de tratamiento médico efectivo por cuenta de los retrasos, negaciones y autorizaciones a los que son sometidos por las EPS, los hospitales y los laboratorios. En otras palabras, su posibilidad de ganarle la batalla al mal se ve disminuida por asuntos burocráticos y

¹⁹⁹ DURAN, Adriana; *et al.* Enfermedad crónica en adultos mayores En: Revista Universitas Medica. Vol. 51. No. 1. 2010 p. 2.

²⁰⁰ BERRIO, Martha Inés. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. En: Revista sociedad colombiana de anestesiología y reanimación. Vol. 40. No. 3. 2012. p. 2.

administrativos”²⁰¹. Esto trae consigo una tragedia adicional a la que ya padece el enfermo,

pues transita en el sistema de salud con la incertidumbre que presentan las barreras de acceso. Además, en algunos casos, es ubicado en un grupo etario que se considera disfuncional con una condición de pobreza que constituye otra barrera más. Se muestra entonces al sujeto en constante lucha para evitar ser marginado dado que altera el progreso al no contar con las condiciones esperadas de salubridad, rutinas y control sobre sí mismo.

La aparición de la *Enfermedad Crónica no Transmisible* impulsa a múltiples fuerzas gubernamentales y no gubernamentales (en el caso de las entidades de salud privadas) a implementar toda una serie de procesos de control sobre la salud de los individuos que hacen parte de la población. Se concibe así a la población, como lo define Foucault, representando una nueva manera de dominio de la multiplicidad, “la nueva tecnología de poder no tiene que vérselas exactamente con la sociedad (o, en fin, con el cuerpo social tal como lo definen los juristas); tampoco con el individuo/cuerpo. Se trata de un nuevo cuerpo: cuerpo múltiple, cuerpo de muchas cabezas, si no infinito, al menos necesariamente innumerable” ²⁰². Esta es la idea de población.

La población enferma constituye un problema muy importante por resolver porque ya no es uno ni dos individuos los que enferman y afectan la continuidad y prolongación del sistema; se presenta una gran masa de personas afectadas por una hipertensión, diabetes, enfermedad renal, enfermedad pulmonar o cáncer. La herramienta fundamental que utiliza el Estado para tratar este fenómeno es la salud pública, la cual se consolida y fortalece mediante la ley 100 de 1993, pues es el mecanismo a través del cual el Estado logra vislumbrar las acciones necesarias

²⁰¹ EL TIEMPO. Contra un asesino de mujeres. Op. Cit., el línea.

²⁰²FOUCAULT. Defender la sociedad: curso en el collège de France (1975-1976). Op. Cit., p. 222.

para contrarrestar el avance de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* u otro tipo de enfermedad:

Artículo 11. Contratación de las acciones de Salud Pública y Promoción y Prevención. Las acciones de salud pública y promoción y prevención serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los recursos de las entidades territoriales a los que se refiere el presente artículo continuarán girándose y manejándose en las Cuentas Maestras de que trata el literal B, del artículo 13 de la Ley 1122 del 2007²⁰³.

Como se puede evidenciar, la salud pública, basada en el saber médico, se apoya en la estadística para vigilar las fluctuaciones, los incrementos y las bajas en el desarrollo de la enfermedad en los sujetos, como lo expresa Michel Foucault:

Se trata, sobre todo, de establecer mecanismos reguladores que, en esa población global con su campo aleatorio, puedan fijar un equilibrio, mantener un promedio, establecer una especie de homeostasis, asegurar compensaciones; en síntesis, de instalar mecanismos de seguridad alrededor de ese carácter aleatorio que es inherente a una población de seres vivos; optimizar, si ustedes quieren, un estado de vida: mecanismos, podrán advertirlo, como los disciplinarios, destinados en suma a maximizar fuerzas y a extraerlas, pero que recorren caminos enteramente diferentes²⁰⁴.

Estas estadísticas se muestran con una particularidad centrada en la predicción determinante sobre la vejez y los países en desarrollo, ya que “la población mundial mayor de 65 años va en continuo aumento, y el 80% de las muertes por enfermedades crónicas ocurre en países con ingresos bajos y medios con igual número en hombres y mujeres”²⁰⁵. Es aquí donde el sujeto de edad avanzada

²⁰³ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Op. Cit., p. 6.

²⁰⁴ FOUCAULT. Defender la sociedad: curso en el collège de France (1975-1976). Op. Cit., p. 223.

²⁰⁵ CONFERENCIA IX LATIN AMERICAN EXPERT FORUM LAFF. Exacerbaciones de la EPOC: desde la prevención al tratamiento. Bogotá: Editorial Europa Press, 2012. p. 6.

parece convertirse en un problema social que hay que atender; adicionalmente, esta persona, normalmente ubicada en un territorio con pobreza, representa un riesgo mayor debido a su insolvencia económica que se traduce en incapacidad para costear medicamentos y tratamientos, lo cual implica ciertas dificultades para el sistema.

También es importante mostrar que ante todo síntoma que presenta el sujeto enfermo, y que constituye un factor epidemiológico importante que se puede reproducir de forma sustancial en la población, se encuentra la presencia de leyes que se articulan para atacar ese síntoma o enfermedad: “La obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardiacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos²⁰⁶. Dicho esto, se tiene que, en términos de salud pública, las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* tienen un componente de tratamiento individual, pero también se basa en la activación de todas las instituciones y estrategias económicas y políticas para tratar a toda una población: “La medicina va a ser una técnica política de intervención, con efectos de poder propios. La medicina es un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos; que va a tener, en consecuencia, efectos disciplinarios y regularizadores”²⁰⁷. Como se puede inferir, este es un saber situado desde hace varias décadas.

De allí que el sujeto enfermo sea considerado un número estadístico, se le clasifique dentro de las enfermedades conforme a sus síntomas y se le guíe hacia un programa que responde a los abordajes necesarios para dichos síntomas, todo esto, porque es importante que recupere su funcionalidad para las fuerzas productivas y

²⁰⁶ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1355 de 2009: Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Congreso de la República de Colombia: Bogotá, D.C., 2009. p. 1.

²⁰⁷ FOUCAULT. Defender la sociedad: curso en el collège de France (1975-1976). Op. Cit., p. 229.

económicas^{208*}. En consecuencia, es urgente contrarrestar el incremento de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* a partir de los hábitos saludables para disminuir el avance de la patología y que el sistema logre tratarla a bajo costo.

Enfermar es una tragedia

El sujeto enfermo aparece ante la contemplación de un infortunio que se desarrolla conforme va avanzando la enfermedad. Esta enfermedad no avanza sola ya que tiene toda una serie de condiciones para su existencia: puede ser por herencia, por hábitos, por acciones o por costumbres, sin embargo, independientemente de su origen, las instituciones y el saber médico están presentes para identificar cuáles son esas especificidades.

Dado que el ser humano comienza a ser responsabilizado de sus propias decisiones frente a su alimentación, el tiempo que le destina al sueño y a la actividad física durante las distintas etapas de la vida, se le imputa que cada decisión tomada da cuenta, en muchos casos, de sus problemas de salud. Ante esto, las instituciones se preparan para configurar este sujeto en su etapa de vejez: “El aumento de la esperanza de vida y la demanda de más y mejores servicios sociales y sanitarios suponen un reto para la sociedad del conocimiento. Como consecuencia del alargamiento de la vida, aumenta también el número de adultos con discapacidades y enfermedades crónicas”²⁰⁹. Esto contrasta con otras culturas en la antigüedad, y con algunas tribus indígenas, pues la etapa de la vejez se consideraba como aquella en la que se tenía poder y sabiduría. No obstante, actualmente, el envejecimiento

^{208*} “El problema específico de América Latina, según la OMS, es que un importante porcentaje de esas muertes se produce entre la población menor de 60 años (y muy mayoritariamente de bajos ingresos), lo que representa un duro golpe para la fuerza productiva de los países. El director de la Iniciativa antitabaco de la OMS, Douglas Betcher, explicó, por su parte, que la incidencia de estas enfermedades no es sólo un problema de salud, sino también un grave problema económico, ya que los países gastan miles de millones de dólares en tratamientos contra las enfermedades no transmisibles”. En: EL TIEMPO. Enfermedades no contagiosas matan más. Bogotá D.C. 15 de septiembre 2011. En Línea.

²⁰⁹ HERRERA LÍAN, Arleth *et al.* Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. En: Revista Aquichan. Vol. 12. No3. 2012. p. 4.

se transforma en un número más que preocupa a las estadísticas epidemiológicas y también preocupa al sujeto y la población.

Otra cuestión que se tienen en medio de la enfermedad es el problema de la existencia misma en un sujeto, dado que la enfermedad es perdurable para toda la vida, esta se convierten en una catástrofe cuando surgen en medio de una situación de pobreza: "El coste de la atención a enfermedades crónicas puede ser catastrófico para los pacientes, así como para los sistemas de salud, y llevar a millones de hogares por debajo de la línea de pobreza cada año, dijo Chan, quien por todas esas razones abogó por privilegiar la prevención"²¹⁰. Esto resulta problemático en la medida en que las personas más afectadas son aquellas con bajos recursos y pocas posibilidades de acceso al sistema.

Por lo anterior, los programas, las instituciones y el saber médico se instalan en la idea de contener las repercusiones que la vejez conlleva, sin embargo, también insisten en considerar al sujeto mayor enfermo como un agente disfuncional del sistema: "A nivel mundial, el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicaciones económicas y sociales; así mismo, la población adulta mayor ejerce una fuerte demanda al sistema de salud por la mayor presencia en ella de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras"²¹¹. Así pues, la exclusión también se puede sumar al padecimiento del sujeto enfermo que muestra disminuida su capacidad productiva y funcionalidad.

Miedo a enfermar, miedo a morir

En el momento en que el sujeto decide someterse a los tratamientos, seguimientos médicos, terapias y medicación se ilustra sobre su situación de enfermo crónico, por ende, recibe la información acerca de las condiciones físicas relativas a su

²¹⁰ EL TIEMPO. Actual generación de niños podría vivir menos que la de sus padres. Bogotá D.C. 24 de febrero 2010. En Línea.

²¹¹ VILLARREAL, Gloria y MONTH ARRIETA, Edalcy. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). En: Revista Salud-UNINORTE. Vol.28. No1. 2012. p. 1.

enfermedad y los efectos que ello tendrá en su cotidianidad. Sin embargo, esta información, que incluye limitaciones, produce en el enfermo sentimientos de frustración, angustia, sufrimiento, miedo al dolor y miedo a la muerte: “La persona al enfrentarse a una cronicidad como condición de vida, presenta un aumento de vulnerabilidad a los síntomas de estrés, depresión, y ansiedad, y es común en los pacientes con este tipo de patologías el apego a creencias religiosas, que vienen a constituir una manera de afrontar con conformidad y esperanza el padecimiento, el temor a lo desconocido y al futuro incierto”²¹². Entonces, la incertidumbre y el miedo crecen cuando el sujeto con enfermedad tiene una mayor dependencia a raíz de una condición discapacitante: “La enfermedad crónica genera en el paciente incertidumbre, desgaste físico, dependencia y cambios en el estilo de vida, y tiene repercusiones en las áreas personal y social del individuo, de modo que si el paciente no cuenta con el suficiente apoyo o soporte social no logrará la readaptación a la crisis circunstancial que vive”²¹³. Como se evidencia, la preocupación es producto de la inseguridad que produce la idea de requerir una persona que lo acompañe o de un recurso médico que pueden ser de difícil acceso.

Ahora bien, estas condiciones que deterioran el cuerpo se ven reflejadas cuando la enfermedad progresa y se asocia con otras patologías: “Las comorbilidades más frecuentes son pérdida de peso, trastornos nutricionales y del músculo esquelético, de igual manera los pacientes con diagnóstico de EPOC presentan un mayor riesgo de enfermedad coronaria (infarto agudo de miocardio), angina, osteoporosis, infecciones respiratorias, fracturas Óseas, depresión, diabetes, trastornos del sueño, anemia y glaucoma”²¹⁴. Adicionalmente, se desarrolla el temor de dar continuidad a los hábitos o estilos de vida que, desde el entorno médico, muestran al sujeto como causantes de su enfermedad:

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas— tienen cuatro factores de riesgo en común,

²¹² GÓMEZ PALENCIA, Isabel Patricia. *Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2*. Cartagena: Editorial UNAL, 2010. p. 19.

²¹³ HERRERA LÍAN, Arleth *et al.* Op. Cit., p. 4.

²¹⁴ BOEHRINGER, Ingelheim. *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Guía de Manejo*. Bogotá: Editorial Contacto Comunicaciones y Mercadeo, 2008. p. 7.

principalmente el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, el régimen alimentario poco saludable y la falta de actividad física, y que la lucha contra las enfermedades no transmisibles puede llevar a sinergias al abordar enfermedades relacionadas, como los trastornos mentales, y las enfermedades renales, bucodentales y oculares²¹⁵.

Se expone un miedo mayor pues aun cuando la enfermedad implica soportar dolores asociados a la patología misma o a su tratamiento, “uno de los principales temores que manifiestan las personas cuando son diagnosticadas con cáncer, y sus familiares, es el dolor. ¿Qué tan intenso será? ¿Existen formas efectivas de controlarlo?”²¹⁶. Cuando la *Enfermedad Crónica no Transmisible* tiene un carácter mortal, o es de difícil manejo, estos miedos aumentan exponencialmente: “Del 15 al 25 por ciento de las personas con cáncer tiene dolor debido al tratamiento específico de la enfermedad, como la radio y la quimioterapia Y la cirugía. estos afectan directamente las terminales de los nervios que transmiten dolor”²¹⁷. Este temor surge especialmente, como se puede apreciar, cuando los tratamientos son agresivos y contribuyen al deterioro emocional y corporal.

Lo anterior implica que los hábitos tomen un papel fundamental en ese miedo a enfermar, ya que estos, al constituirse como causantes de las enfermedades, tendrían que ser revisados desde temprana edad y no solo en la vejez cuando ellos han colaborado en la enfermedad adquirida:

El lugar común dice que a medida que se avanza en edad la persona tiende a aumentar de peso, y muchas veces es verdad. Con ello aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y los factores de riesgo cardiovascular: la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, la progresión de las insuficiencias renales, las

²¹⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles 2012-2025. En línea.2000 p. 22.

²¹⁶ EL TIEMPO. Cáncer, su dolor tiene alivio. Op. Cit., p. 3-8.

²¹⁷ EL TIEMPO. Por qué el cáncer es tan doloroso. Bogotá D.C. 6 de diciembre 2009. Sección Salud. p. 3-10.

posibilidades de infartos, e incluso la predisposición a ciertos cánceres, como los de mama, próstata o colon²¹⁸.

Aun así, con toda esta experiencia de miedos y temores desarrollados en el sujeto cuando experimenta una *Enfermedad Crónica no Transmisible* se suma también la repetición continua de lo mortífero que será tal futuro. Las estadísticas que se muestran como resultado del incremento de muertes asociadas a un tipo de enfermedad crónica dan cuenta de esta preocupación adicional:

En la actualidad, el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas en todo el mundo, debido principalmente a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, sin dejar de lado enfermedades neurológicas o reumáticas, además de alterar significativamente la calidad de vida, son la causa de alrededor del 60% de las muertes, de las cuales el 80% ocurren en países de bajos y medianos ingresos²¹⁹.

En este sentido, el miedo no se le transmite solamente al paciente cuando se da inicio al tratamiento de la enfermedad, también se transmite a todas las personas de la población. Así pues, el miedo ante la posible presencia de una enfermedad y su relación directa con la muerte mantienen vigente y en circulación el discurso y saber médico.

Epidemias que movilizan

La movilización de diferentes esfuerzos para el tratamiento de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* se hace visible, principalmente, en la articulación de planes, programas y proyectos desarrollados por organismos internacionales y aplicados a nivel nacional a través de políticas públicas creadas por el gobierno nacional. Esta visibilidad de la enfermedad, la cual se exige desde la movilización de recursos de manera frecuente, reclama a entidades nacionales y locales poner

²¹⁸ EL TIEMPO. Los adultos mayores son presa de la desnutrición. Bogotá D.C. 8 de noviembre 2009. Sección Salud. p. 3-10.

²¹⁹ CABALLERO URIBE, Carlos y ALONSO PALACIO, Luz Marina. Enfermedades crónicas no transmisibles. Es tiempo de pensar en ellas. En: Revista Científica Salud-Uninorte. Vol. 12. No. 5. p. 2

en práctica métodos de vigilancia para dar sostenibilidad a la información y monitoreo de la enfermedad, verbigracia, “Alejandro Varela, secretario de Salud de Cali, dijo que la ciudad es la única en el país con dos mediciones de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y es líder en América Latina en un sistema de vigilancia de este tipo de padecimientos”²²⁰. Esto permite denotar la atención especial que existe por parte del gobierno para controlar la enfermedad.

Dicho proceso de control y vigilancia de las enfermedades no solamente se mueve a través de la implementación de políticas públicas, también se observa que se generan procesos de seguimiento por medio de la implementación de leyes e instancias para la ubicación, vigilancia y prevención: “Se establece el Observatorio Epidemiológico del Cáncer. Este hará parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección estará a cargo de él y la coordinación técnica de observatorio estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología con participación de las Entidades Territoriales”²²¹. Ahora, en esta movilización e implementación de recursos y estrategias disponibles para monitorear el comportamiento de la enfermedad a nivel estadístico, se encuentra que también se presta atención especial a los efectos negativos sobre las fuerzas laborales producto del sedentarismo y la aparición de problemas cardiovasculares:

La clave está en el colesterol alto y la inflamación de las arterias. De ahí que una dieta alta en grasas saturadas, la diabetes, la tensión alta y fumar sean los principales coadyuvantes a que se presente un evento cardiovascular. "La mujer debe cuidar su corazón, porque se está infartando más que el hombre. Su presencia activa en el mundo laboral, una vida sedentaria, ser fumadora y el estrés de atender por igual sus responsabilidades en el trabajo y el hogar ha incrementado en ellas la enfermedad cardiovascular", explica el cardiólogo

²²⁰ EL TIEMPO. Alerta en Cali por tensión alta. Cali: 1 de junio 2010. En Línea.

²²¹ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1384 de 2010: Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. p. 9.

Enrique Melgarejo, coordinador del Comité de Cardiología en la Mujer de la Sociedad Colombiana de Cardiología (SCC)²²².

Como se evidencia en el segmento anterior, sobresale además el compromiso cultural de la mujer en el cuidado del hogar y, sumado a esto, con su incursión al mundo laboral, pues se le agregan otras responsabilidades sobre sí misma relacionadas con hábitos inadecuados como el consumo del cigarrillo. Por esta razón, desde diferentes instancias gubernamentales se implementa el control de muchas situaciones cotidianas: “El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos, y requisitos de las grasas trans en todos los alimentos, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley²²³. Dado que estas prácticas afectan epidemiológicamente el incremento de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*, se regula el consumo de alimentos que están a un alcance fácil de las personas.

Aparecen entonces datos del saber médico para pensar las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* desde la nutrición, la salud y el bienestar: “Ahora analizamos soluciones más profundas y científicas para los problemas nutricionales personalizados y las respuestas a enfermedades crónicas”²²⁴. Esto implica que se supervisa qué alimentos son los apropiados para la implementación del estilo de vida más conveniente para evitar la aparición o agravamiento de la enfermedad.

Estas acciones que pretenden la restricción de ciertos consumos se gestionan y se acompañan desde la institucionalidad. Esto quiere decir que su capacidad para transmitir un mensaje claro sobre el cuidado de la salud, así como la modificación

²²² EL TIEMPO. Avances saludables / Cada día más lejos de morir por un infarto ¿Qué hay de nuevo? Bogotá D.C. 13 de mayo 2010. En Línea.

²²³ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1355 de 2009: Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Op. Cit., p. 2.

²²⁴ EL TIEMPO. Nestlé cree que ayudar a que la gente coma mejor puede ser un negocio redondo. Bogotá D.C. 20 de diciembre 2010. En Línea.

de hábitos tendientes a dar prioridad a las prácticas médicas, tiene un alcance importante:

Se hace necesario crear y/o fortalecer decididamente programas de prevención de las diferentes enfermedades crónicas; organizar mejores protocolos de atención médica; pensar en incentivos que ayuden a los pacientes y sus familias a adoptar mejores hábitos de salud que fomenten la prevención como una estrategia; mejorar o instaurar programas de educación para pacientes y acudir a las mejores prácticas de medicina basada en la evidencia para ir monitorizando periódicamente estos programas²²⁵.

La cura es prevención: prácticas

Desde un pensamiento desarrollado por instituciones internacionales, la prevención cobra un papel fundamental en el tratamiento de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Tanto así, que el saber médico, el cual posee un estatuto importante en todas las políticas, dictamina una serie de prácticas pertinentes para cumplir los objetivos políticos e institucionales: “La prevención es clave Según Leanne Riley, jefe del departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud de la OMS, los países que más han invertido en programas de prevención y campañas de concientización entre la población son los que mejores resultados han obtenido en aspectos como reducir el colesterol o la tensión entre la población”²²⁶. Es así como los recursos para atender estas enfermedades se destinan de forma prioritaria a la modificación de los hábitos tanto de las personas sanas, como de las personas enfermas.

Dicho lo anterior, por medio de procesos preventivos se espera que la población se mantenga alejada de la enfermedad: “El secretario de Salud de Villavicencio, Jorge Hernán Mojica Molinares, dijo que en su despacho se adelantan programas para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles con cinco nutricionistas que

²²⁵ CABALLERO URIBE, Carlos y ALONSO PALACIO, Luz Marina. Op. Cit., p. 3.

²²⁶ EL TIEMPO. Nefrólogos recomiendan más prevención ante enfermedades renales. Bogotá D.C. 11 de marzo 2011. En Línea.

van a las empresas y colegios a dar charlas sobre prevención”²²⁷. Así, los diferentes saberes en el orden de la medicina y la salud se disponen para implementar los protocolos propuestos a nivel internacional en contextos locales y específicos.

Además de estas prácticas de educación no formal para el autocuidado, también es indispensable asistir constantemente a controles médicos para el monitoreo de las enfermedades. Las pruebas periódicas se sitúan como esenciales para anticipar una enfermedad, identificar su progreso y evaluar los daños que pueda generar: “Mantenerlas bajo control ayuda a reducir la presión sobre el corazón y los vasos sanguíneos, lo cual puede redundar positivamente en el estado de los riñones. Eso no excluye la recomendación de que estos pacientes consulten, por lo menos una vez al año, con el médico y se sometan a pruebas periódicas de detección de la enfermedad”²²⁸. Identificar de forma anticipada un diagnóstico e implementar un tratamiento oportuno son objetivos principales en los procesos preventivos.

El sujeto es educado para que aprenda a reconocer su enfermedad y de forma permanente implemente todas las recomendaciones médicas. Así, no solamente la institución y los médicos vigilan al paciente mediante sus programas y consultas, respectivamente: “Cuanto antes se descubre un problema, mayores son las posibilidades de remediarlo. Muchas enfermedades y desórdenes corporales avisan su presencia a través de una serie de señales físicas, más o menos intensas o duraderas, que no conviene pasar por alto, aunque pocas veces signifique problemas importantes”²²⁹. De esta manera, se espera que la formación que se le da al sujeto también sea eficaz para que pueda vigilarse a sí mismo.

Estas prácticas recurrentes sobre monitoreo y vigilancia se fortalecen a partir de la regulación de aquellos hábitos que contribuyen al desarrollo de la enfermedad por medio de la información que se da al paciente acerca de la manera más pertinente

²²⁷ EL TIEMPO. Expertos encienden alarmas por altos índices de enfermedades coronarias en Villavicencio. Op. Cit., en línea.

²²⁸ EL TIEMPO. Enfermedad renal, un mal que avanza silenciosamente. Bogotá D.C. 20 de febrero 2010. En Línea.

²²⁹ EL TIEMPO. Hágame caso a esas señales que le manda su cuerpo. Bogotá D.C. 18 de enero 2009. Sección Salud. p. 2-7.

de alimentarse: “Recuerde que un factor de riesgo para desarrollar enfermedades del corazón es la hipertensión, y el consumo excesivo de sal, explica el cardiólogo Calderón, puede desencadenarla. Reduzca al mínimo su consumo”²³⁰. En consecuencia, el pensamiento médico se presenta y manifiesta en la vida de cada sujeto sano o enfermo.

Articuladamente, el saber médico se propone identificar los antecedentes patológicos de todas las condiciones que pueden proceder de aspectos genéticos: “Revisar la historia familiar es crucial también y en caso de tener riesgo genético lo recomendable es adoptar lo más temprano posibles hábitos sanos para minimizar el riesgo. Estas sencillas recomendaciones pueden marcar una gran diferencia en el pronóstico de vida del paciente”²³¹. El abordaje anticipado de la enfermedad también supone gastos bajos en el tratamiento de la misma: “La OMS propone una intervención precoz desde el control prenatal, en la primera infancia, con inclusión de suplementos alimentarios estimulación psicosocial y ampliación de cobertura en educación como estrategias que influye en el riesgo posterior de obesidad, malnutrición, problemas de salud mental, enfermedades cardíacas y delincuencia”²³². Por esta razón, no es gratuito que se prefiera prevenir la patología antes que atenderla.

Todas estas prácticas implementadas desde el saber médico se proyectan como estrategias para la disminución de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* y toman fuerza en la población a partir de la idea de una salud pública. No obstante, el monitoreo de la población resulta estar a merced de todas las instancias gubernamentales y, al final, no solo aplican para un paciente, sino para la población y el mismo personal médico.

²³⁰ EL TIEMPO. 10 recomendaciones para que proteja su corazón. Bogotá D.C. 5 de septiembre 2012. En Línea.

²³¹ Nutrición y Diabetes Mellitus Tipo 2. [Anónimo] En: Revista Médica Latina. Vol.6. No. 9. 2008. p. 5.

²³² RAMOS, Carlos Enrique. Transición epidemiológica en Colombia de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles. En: Revista Ciencias Biomédicas. Vol. 3. No. 2. 2012. p. 8.

El mal es la inconsciencia

En el abordaje de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* sobresale un elemento que diferentes instancias institucionales y profesionales mencionan y que resulta importante: la interiorización. Este proceso, por parte del sujeto enfermo, es fundamental en las implicaciones que se muestran en el tratamiento, es decir, la conciencia relacionada da cuenta del grado de adopción de los hábitos que se muestran como apropiados.

Todo profesional de la salud tiene un conocimiento claro de estos hábitos apropiados, por ejemplo, “para el fisiatra, la situación se agrava, si a la inactividad física se suman los desórdenes alimenticios, con dietas altas en grasas y harinas. Existe una falta de conciencia en una sociedad que desconoce los daños reales en aparición de enfermedades”²³³. En este sentido, las prácticas cotidianas se orientan a la consolidación de un equilibrio para cada individuo con respecto a sus hábitos.

Por lo anterior, se toma como una problemática generalizada el hecho de que los cuerpos no estén en constante actividad; la quietud se muestra en todo proceso de atención de estas enfermedades como enemiga de la salud. La actividad física y el ejercicio, por lo contrario, constituyen herramientas fundamentales en el tratamiento que cada una de las personas enfermas y sanas debe incluir en su diario vivir: “Según estas investigaciones, una hora diaria de estar sentado en un carro o moto aumenta en un 6% el riesgo de padecer obesidad. El estudio habla enfermedades no transmisibles que consisten en enfermedades cardíacas, hipertensión, problemas de corazón y diabetes, enfermedades causadas por el aumento de obesidad y el sedentarismo en la población”²³⁴. Sin duda alguna, se ofrece al sujeto unas recomendaciones caracterizadas por la responsabilidad que debe asumir en una vida activa.

²³³ EL TIEMPO. El sedentarismo acecha la salud de los caleños. Cali. 12 de septiembre 2012. En Línea.

²³⁴ EL TIEMPO. Un 34% de los jóvenes bogotanos son sedentarios según investigación. Bogotá D.C. 20 de junio 2011. En Línea.

Se identifica una necesidad del pensamiento médico por incentivar el movimiento constante en los individuos. Esto dado que, según ideas expuestas por parte de los profesionales de la salud, “los cambios sociales en los últimos 20 años han generado mayores índices de sedentarismo en niños y jóvenes con respecto a generaciones anteriores y es este comportamiento sedentario adoptado durante la niñez que da paso a la aparición de enfermedades crónica durante la vida adulta”²³⁵. Dicha situación permite entrever que esta directriz no solo influye en las personas enfermas, sino también en aquellas sanas.

Además, se afirma que estos males tiene mayor incidencia en la ciudad, lo cual pone sobre la mesa una situación de investigación permanente: “Más de la mitad de la población mundial, es decir unos 3.000 millones de personas, vive en zonas urbanas donde factores como el sedentarismo, la mala dieta y la contaminación han incrementado la presencia de enfermedades crónicas como la obesidad, la hipertensión, la diabetes, los infartos, los accidentes cerebrovasculares, los problemas osteomusculares y el cáncer”²³⁶. Sin embargo, no se puede perder de vista que es en este contexto urbano donde hay mayor sometimiento a los controles médicos²³⁷ y vigilancia epidemiológica, lo cual se opone al difícil acceso en algunos sectores rurales.

En este orden de ideas, la aparición de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* es vista, en muchas ocasiones, como una condición propia de la inconsciencia. Por esta razón surgen afirmaciones como: “La diabetes es la enfermedad del momento y se mantendrá así por mucho tiempo, hasta que haya una verdadera conciencia por parte de cada persona acerca del potencial de adquirir la enfermedad y la necesidad de cambiar hábitos”²³⁸. Este tipo de aseveración

²³⁵ ÁVILA MORALES. Op. Cit., p. 26.

²³⁶ EL TIEMPO. Ciudades se unen por la salud. Bogotá D.C. 7 de abril 2010. En Línea.

²³⁷ EL TIEMPO. Enfermedad renal crónica, un mal cruel y silencioso. Bogotá D.C. 14 de marzo 2010. En Línea.

²³⁸ Hipertensión arterial: importancia del asesoramiento para una visión saludable [Anónimo]. En: Revista Franja Visual. Vol. 19. No 116. 2011. p. 3.

demarcan que son las actitudes cotidianas de un individuo las causantes del incremento estadístico de estas patologías.

La enfermedad crónica no mata

En el sistema de salud se evidencia la puesta en marcha de abordajes y tratamientos basados en el saber médico que se ha encargado de transmitir una idea sobre las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Esta idea, extendida en la población, expone que dichas patologías no terminan en un deceso siempre y cuando el paciente asuma la responsabilidad de adoptar controles, autocuidados y de adherirse a los tratamientos propuestos para transformar su estilo de vida.

Se concibe entonces la enfermedad como una eventualidad absolutamente prevenible y tratable bajo parámetros médicos: “Hemos pasado, en las últimas décadas, de ser un continente donde la mayoría de la gente moría por enfermedades infecciosas a ser uno donde casi todos mueren por males crónicos y absolutamente prevenibles. En todo el continente americano, se calcula que 3,9 millones de personas mueren cada año por estas enfermedades. Esta cifra resulta preocupante”²³⁹. Así pues, se reafirma la idea de que la enfermedad no mata, siempre que se cumplan estos parámetros propios del saber médico.

La progresión de la enfermedad no tiene cabida pues, como dice Foucault, hacer vivir es la apuesta y esto se gestiona por medio del sistema de salud: “Por no tener un tratamiento curativo es fundamental que todo el equipo terapéutico y en cualquier nivel de atención, informe al paciente y su familia de las medidas que se pueden tomar para disminuir la progresión de la enfermedad o prevenir sus complicaciones”²⁴⁰. Así, se propende por equilibrar los síntomas y la enfermedad para no llegar a la muerte; ese es el precepto fundamental del sistema y la

²³⁹ EL TIEMPO. El desafío en salud es reducir las inequidades. Bogotá. D.C. 30 de noviembre 2011.

²⁴⁰ PACHECO, Carlos Alberto *et al.* Compendio de terapéutica: Evidencia Actual. Bogotá: Editorial Medica Celsus, 2011. p. 6.

intervención médica. Sin embargo, aquel precepto de no permitir la muerte por ECNT tiene limitaciones ya que sus síntomas tienen complicaciones en ocasiones:

Se trata de una enfermedad silenciosa y cuando aparecen los síntomas es porque se encuentra en un estado avanzado. Esto significa que el tumor ha sobrepasado ciertas estructuras del estómago, por lo que entonces los pacientes se deben someter a radiología o cirugía. Pero, lamentablemente, si está muy desarrollado, hay pocas probabilidades de curación', explica Juan Carlos Robayo, gastroenterólogo de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Entre esas señales de alerta se encuentra la pérdida de peso, sin causa aparente, náuseas, vómito (incluso con sangre) y dolor excesivo en el abdomen²⁴¹.

En este orden de ideas, "aparece también que, el anticipar la enfermedad es la clave para que el saber médico, mediante los procesos de control, logré contener el deterioro de la funcionalidad del paciente que lo puede llevar un tipo de discapacidad o hasta la muerte²⁴². De esta manera, la medicina también se debe encargar de analizar múltiples factores relacionados con el paciente que están asociados con la enfermedad y que permitirían el avance de la misma. Asimismo, se tiene que hacer cargo de entregar al paciente la imagen de un sujeto adherido a un tratamiento que sigue las recomendaciones del saber médico y que, por ende, actúa responsablemente y en consecuencia transforma sus hábitos:

La adaptación a la enfermedad dependerá, además, de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otras²⁴³.

²⁴¹ EL TIEMPO. Que no lo sorprenda el cáncer gástrico. Bogotá. D.C. 28 de noviembre 2011. En Línea.

²⁴² EL TIEMPO. Enfermedad renal, un mal que avanza silenciosamente. Op. Cit., el línea.

²⁴³ GAVIRIA, Ana Milena *et al.* Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. En: Revista Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. No 20. 2007. p. 23.

Expuestas estas ideas, se identifica que el saber médico cuenta con los motivos suficientes para mostrar que las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* no son letales. No obstante, este mismo saber médico necesita garantizar que el paciente tenga la disposición y el conocimiento para adherirse a los tratamientos propuestos para que acate las recomendaciones y siga los planes e instrucciones médicas al pie de la letra.

CONCLUSIONES

El análisis sobre la emergencia que concibe la *Enfermedad Crónica no Transmisible* en Colombia sobresale en el período analizado en esta investigación. Dicho análisis requiere de la percepción de las relaciones inmersas que describen el objeto de investigación como lo son estas patologías. Es importante señalar que la perspectiva de la arqueología y la genealogía brinda las herramientas adecuadas para lograr identificar las dinámicas encontradas y las relaciones de coexistencia entre los diferentes enunciados presentados.” Las reglas de formación son condiciones de existencia (pero también de coexistencia, de conservación, de modificación y de desaparición) en una repartición discursiva determinada”²⁴⁴.

A partir de este proceso, surge todo un entramado de configuraciones que constituyen al sujeto enfermo. Esto dado que, indudablemente, más allá de su enfermedad, también está inmerso en una serie de relaciones sociales, políticas y económicas que se articulan frente al fenómeno de las enfermedades crónicas. Así pues, aparece un sujeto vinculado a un sistema de salud conforme a su capacidad de pago, responsable del desarrollo de su enfermedad y que sobrelleva las afectaciones sociales y económicas que surgen; en otras palabras, es un sujeto con una deuda social.

Ahora bien, en el análisis se identifica la actividad física como uno de los hábitos bandera en todo el proceso de abordaje de estas enfermedades. Dado que la prevención busca que el sujeto transforme hábitos insalubres, la actividad física invita a la modificación de hábitos asociados con el movimiento constante, pues la quietud y el sedentarismo son instaurados como enemigos de la salud. De ahí que la regulación de las ECNT se oriente a que el sujeto se autorregula para evitar su tránsito en los servicios médicos que ofrece el sistema colombiano de salud; la razón que subyace a esta situación da cuenta de la necesidad de ahorro que resulta ser un factor esencial para la institucionalidad, si bien, desde allí se busca generar ganancia para particulares y empresas privadas, estas empresas emprenden

²⁴⁴ FOUCAULT, Michel. Arqueología del saber. Editorial Siglo Veintiuno, 2008.P63

procesos de ahorro en gastos que puede generar la atención de las personas con Enfermedad Crónica no Transmisible, este proceso genera una consecuente ganancia con la implementación de la salud pública, en el orden de la biopolítica:

Se tratará del problema de la vejez, muy importante desde principios del siglo XIX (en el momento de la industrialización), del individuo que, por consiguiente, queda fuera del campo de capacidad, de actividad. Y, por otra parte, los accidentes, la invalidez, las diversas anomalías. En relación con estos fenómenos, la biopolítica va a introducir no sólo instituciones asistenciales (que existían desde mucho tiempo atrás) sino mecanismos mucho más sutiles, económicamente mucho más racionales que la asistencia a granel, a la vez masiva y con lagunas, que estaba esencialmente asociada a la Iglesia. Vamos a ver mecanismos más sutiles, más racionales, de seguros, **de ahorro individual y colectivo**, de seguridad, etcétera²⁴⁵.

Adicionalmente, no se puede perder de vista que la pobreza y la vejez se consideran como condiciones insalubres que no hacen parte del esquema de atención para las ECNT.

En el abordaje de estas patologías también se evidencia que, actualmente, el saber médico se articula con más fuerza a las reglas del mercado. Los profesionales que ejercen en medio de esta estructura, y que cuentan con un saber totalmente restringido, tienen unos límites sujetos a la dinámica de este mercado, enunciados de la siguiente manera por Foucault²⁴⁶:

El ejercicio médico, con toda su tradición y su consolidación, se instaura articulando a su ejercicio todo un sistema general de seguridad social, mediante una ley que lo moldea, encontrándose la acción médica y los alcances en la atención conforme a la estructuración institucional y disponibilidad funcional de dicho sistema. Cuando se habla de

²⁴⁵ FOUCAULT, Michel. Seguridad, territorio y población. México: Fondo de Cultura Económica, 2011. Op Cit p. 221.

²⁴⁶ FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 70.

disponibilidad funcional, es importante identificar al Ministerio de Salud como la entidad rectora sobre todo el sistema de seguridad social, si bien tiene una injerencia estatal, este sistema también se estructura bajo las leyes del Libre Mercado”²⁴⁷.

Esto, pues cuenta con un papel importante en la vigilancia del sujeto enfermo, da cuenta del quehacer en su profesión y, además, toma su papel político y económico regulando recursos y enfermedades.

La dinámica expuesta implica que el sujeto esté mediado por un saber que le exige la adherencia a un tratamiento médico. Por lo que el saber médico se inserta en los procesos políticos y económicos y se le exige al sujeto, conforme a la necesidad institucional, en el cual el saber se emplea ante las acciones y reacciones del sujeto. Para el sistema de salud es importante medicalizar a la población como lo refiere Foucault sobre la higiene pública en Seguridad, Territorio y población, el mercado liberal viene a regular la información sobre el acceso a servicios médicos, dicho saber acentúa la necesidad de acceder conforme a sus conocimientos, es decir, si solicita un medicamento para controlar la hipertensión, comienza la penuria del sujeto para acceder a dicho insumo.

Sin embargo, en los procesos de atención, es un proceso institucionalizado en el cual se le restringe y controla el acceso a los servicios; dicho de otra manera, entre más complejos y costosos son los servicios, es más difícil su acceso. “Las complicaciones crónicas aumentan la morbimortalidad y se convierten en una carga económica de costos directos e indirectos para los sistemas de salud, a la vez que se constituyen en un elemento importante que deteriora la calidad de vida y la salud

²⁴⁷ “El liberalismo, el juego: dejar que la gente haga y las cosas pasen, que las cosas transcurran, dejar hacer, pasar y transcurrir, significa esencial y fundamentalmente hacer de tal suerte que la realidad se desarrolle y marche, siga su curso de acuerdo con las leyes, los principios y los mecanismos que le son propios. Así pues, el problema de la libertad, [al cual] volveré, espero, la próxima vez, me parece que podemos considerarlo, aprehenderlo de diferentes maneras. Se puede decir, desde luego - y creo que no sería falso, no puede serlo que esta ideología de la libertad, esta reivindicación de la libertad fue sin duda una de las condiciones del desarrollo de las formas modernas o, si lo prefieren, capitalistas de la economía”. En: FOUCAULT. Seguridad, territorio y población. Op. Cit., p. 70.

psicológica y emocional del paciente con diabetes, afectando también su entorno familiar y laboral”²⁴⁸

En consecuencia, se presentan dificultades persistentes para las personas con una o varias enfermedades, ya que se enfrentan a un sistema de salud altamente burocrático y selectivo, razón por la cual el sujeto está a merced de la voluntad institucional y política. Paradójicamente, una de las exigencias que se le hace al paciente es mantener una buena calidad, no obstante, intentar acceder a servicios de salud para el tratamiento de su enfermedad logra todo lo contrario.

Otra herramienta fundamental para el sistema de salud es la educación no formal. Esta resulta ser un medio de socialización constante de los procesos preventivos en los cuales se delega la responsabilidad de mantener un estado de bienestar dentro en medio de su padecimiento al sujeto mismo. Esta estrategia se emplea para derrumbar las resistencias del paciente para asumir dichos procesos.

Vale la pena mencionar que, en las relaciones halladas en el análisis, aparece una cadena de cuidados necesarios para el tratamiento de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. En esta se identifica la figura del cuidador; rol poco reconocido dentro del sistema de salud. Además, se da cuenta de cómo ante la ley no cuenta con un abordaje específico pese a tener un papel fundamental en los cuidados paliativos de las personas con repercusiones discapacitantes.

Se evidencia también el papel del Estado como ente regulador que dispone de técnicas para dar cuenta del impacto que acarrea el incremento sustancial de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. En consecuencia, se encuentra que la prevención es una herramienta fundamental para este proceso, razón por la cual la medicina y sus disciplinas complementarias fortalecen su intervención en la búsqueda de la transformación de los hábitos del sujeto.

²⁴⁸ ALAYÓN Alicia, ALTAMAR Diana, BANQUEZ Clara y BARRIOS. Karen. Complicaciones crónicas, hipertensión y obesidad en pacientes diabéticos en Cartagena, Colombia. En: Revista Salud Publica-UNAL. Vol. 11 No 6. 2009.P6

En el desarrollo de la profesión médica, se identifica que el saber médico va de la mano con el desarrollo comercial de medicamentos. Dado que acceder a estos medicamentos por su efectividad en el control de la enfermedad es necesidad primordial, “cada vez se hace más evidente la importancia de la participación en la adhesión al régimen de medicamentos y en el cambio de hábitos y estilo de vida para la prevención y el tratamiento de la enfermedad”²⁴⁹. Este aspecto se ha fortalecido a través de los avances farmacológicos y, así mismo, ha dejado en evidencia situaciones mercantiles que ponen por encima la rentabilidad de los medicamentos en contraste con la facilidad que pueda tener el sujeto para adquirirlos.

Para concluir, en términos sociales, el discurso de los derechos en ese contexto es excluido frecuentemente de los procesos de atención en salud y el discurso forma parte de lo que produce el aparato médico. En las relaciones existentes de los enunciados se encuentra que el discurso de los derechos es permanentemente excluido cuando se trata de servicios de atención que requieren un gasto público, sólo se percibe al revés cuando las herramientas jurídicas son utilizadas para poner en funcionamiento el ejercicio de derechos, sin embargo, circula de manera más reiterativa la negación y la inobservancia de los derechos. Por esta razón existe una discusión constante entre la institucionalidad y el ciudadano, pues el gasto que representa la atención de las *Enfermedades Crónicas no Transmisibles* se identifica como un riesgo económico para la institucionalidad.

En este escenario, la salud pública aparece como elemento importante para contrarrestar la enfermedad y controlar la población, como lo menciona Foucault, actualmente para la medicina esta continúa siendo una técnica política de intervención. La salud pública, según los análisis realizados por Foucault, la contempla como el estatuto médico y mecanismo de regulación de la salud, incluso efectiva para la seguridad del sistema:

²⁴⁹ AVILLARRAGA QUINTERO. Op. Cit., p. 23.

Esos son los fenómenos que a fines del siglo XVIII se empiezan a tener en cuenta y que conducen a la introducción de una medicina que ahora va a tener la función crucial de la higiene pública, con organismos de coordinación de los cuidados médicos, de centralización de la información, de normalización del saber, y que adopta también el aspecto de una campaña de aprendizaje de la higiene y medicalización de la población. Por tanto, problemas de la reproducción, de la natalidad y también de la morbilidad. El otro campo de intervención de la biopolítica va a ser todo un conjunto de fenómenos, de los cuales algunos son universales y otros accidentales pero que, por una parte, nunca pueden comprimirse por entero, aunque sean accidentales, y que también entrañan consecuencias análogas de incapacidad, marginación de los individuos, neutralización, etcétera. Se tratará del problema de la vejez, muy importante desde principios del siglo XIX (en el momento de la industrialización), del individuo que, por consiguiente, queda fuera del campo de capacidad, de actividad. Y, por otra parte, los accidentes, la invalidez, las diversas anomalías. En relación con estos fenómenos, la biopolítica va a introducir no sólo instituciones asistenciales (que existían desde mucho tiempo atrás) sino mecanismos mucho más sutiles, económicamente mucho más racionales que la asistencia a granel, a la vez masiva y con lagunas, que estaba esencialmente asociada a la Iglesia. Vamos a ver mecanismos más sutiles, más racionales, de seguros, de ahorro individual y colectivo, de seguridad, etcétera²⁵⁰.

En consecuencia, la funcionalidad laboral y la disminución de la dependencia de las personas enfermas son objetivos primordiales en este proceso. Por esta razón, se busca que el sujeto se adhiera a los ritmos del sistema, aunque esto implique enfrentar relaciones administrativas y burocráticas. No obstante, esto trae consigo que exista una línea delgada entre la estabilidad del sistema y una revuelta ciudadana, como lo expone Foucault, pues las dificultades en el tratamiento de las enfermedades y los procesos burocráticos estimula la movilización de personas para exigir los derechos consagrados en la Constitución Política.

²⁵⁰FOUCAULT. Defender la sociedad: curso en el collège de France (1975-1976), p. 221.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FUENTES PRIMARIAS

ARENDDT, Hannah. ¿Qué es La Política? Barcelona: Editorial Paidós, 1997.

FOUCAULT, Michel. Arqueología del saber. Editorial Siglo Veintiuno, 2008.

----- Defender la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976), clase del 10 de marzo de 1976. Buenos Aires: Fondo de cultura económica de Argentina S.A., 2000.

----- El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Editores Argentina S.A, 2004.

----- Nietzsche, La Genealogía, La Historia, Valencia, Ed. Pre-Textos, 2014.

----- Seguridad, territorio y población. México: Fondo de Cultura Económica, 2011.

FUENTES SECUNDARIAS

ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. En: Revista Aquichan. Vol. 7. No. 2. 2007.

ACHURY, Diana Marcela *et al.* Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. En: Revista investigación en enfermería: imagen y desarrollo. Vol.13. No. 1. 2011.

ACHURY, Diana Marcela; SEPÚLVEDA, Gloria y RODRÍGUEZ, Sandra. Validez de apariencia y de contenido de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. En: Revista Investigación en enfermería: imagen y desarrollo, 2008, Vol. 10 No 1.

ADEYI Olusoji; SMITH Owen y ROBLES Sylvia. Las políticas públicas y los retos de las enfermedades crónicas no Transmisibles. Banco Mundial. Bogotá: Ediciones MAYOL, 2007.

AGUDELO ARANGO, María Eugenia *et al.* Percepción de la crítica familiar en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus, trastorno bipolar I y sujetos sanos. En: Revista Colombiana de psiquiatría. Vol. XXXVI. No. 2. 2007.

ALBA, Luz Helena. Perfil de riesgo en estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. En: Revista Universitas Médica - Universidad Javeriana. Vol. 50. No. 2. 2009.

ALWAN, Ala *et al.* Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Editorial OMS. Ginebra, 2011.

ANDER-EGG, Ezequiel. Cómo envejecer sin ser viejo. Añadir años a la vida y vida a los años. Bogotá, D.C.: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, 2010.

ASAMBLEA CONSTITUYENTE DE COLOMBIA 1991. Constitución Política de la República de Colombia. Colombia: 20 de julio de 1991. Art. 49.

ÁVILA MORALES, Juan Carlos. Identificación de factores de riesgo para enfermedad crónica en estudiantes de medicina de último año de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada. Colombia: Editorial UNAL, 2011.

AVILLARRAGA QUINTERO, Marcela. Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica. Colombia: Editorial El manual Moderno, 2007.

BANCO MUNDIAL. Las políticas públicas y los retos de las enfermedades crónicas no Transmisibles. Colombia: Ediciones MAYOL, 2007.

BARRERA, Lucy. Cuidando a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Editorial UNAL, 2010.

BATISTA MOLINER, Ricardo *et al.* Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles en Cuba. Revista Cubana Hight Epidemiologic. V. 38. N. 2. 2000

BERRIO, Martha Inés. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. En: Revista sociedad colombiana de anestesiología y reanimación. Vol. 40. No. 3. 2012.

BOEHRINGER, Ingelheim. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Guía de Manejo. Bogotá: Editorial Contacto Comunicaciones y Mercadeo, 2008.

BURROWS, Raquel. Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. En: Revista médica chilena. Vol.128. N.1. 2000.

CABALLERO URIBE, Carlos y ALONSO PALACIO, Luz Marina. Enfermedades crónicas no transmisibles. Es tiempo de pensar en ellas. En: Revista Científica Salud-Uninorte. Vol. 12. No. 5. 2010

CARRERA RODRÍGUEZ, Tito Alexander. Vacunación en adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y su situación en Colombia. Colombia: Editorial UNAL, 2010.

CASTILLO, Germán Gabriel *et al.* Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. CIMEL. En: Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana: 2005.

CERVANTES, Alfonso. Quererse uno mismo es la clave: El cáncer de seno fue un vía crucis físico y emocional que superó gracias al tratamiento y al apoyo de su familia y a su fuerza interior. Bogotá: El tiempo, 28 de enero 2007.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. 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: Bogotá, D.C., 1993.

----- Ley 1335 de 2009. Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y otras disposiciones de prevención. Congreso de la República de Colombia, Bogotá D.C., 2009.

----- Ley 1355 de 2009: Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Congreso de la República de Colombia: Bogotá, D.C., 2009.

----- Ley 1384 de 2010: Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Bogotá: Congreso de la República, 2010.

----- Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia: Bogotá, D.C., 2011.

CONFERENCIA IX LATIN AMERICAN EXPERT FORUM LAFF. Exacerbaciones de la EPOC: desde la prevención al tratamiento. Bogotá: Editorial Europa Press, 2012.

CONFERENCIA MEDICA ERS EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY. Abordaje amplio para el tratamiento de las exacerbaciones del EPOC. Bogotá: Editorial Europa Press, 2011.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Estado Comunitario: desarrollo para todos (2006-2010) - Álvaro Uribe Vélez. Gobierno de Colombia.

DURAN, Adriana *et al.* Enfermedad crónica en adultos mayores En: Revista Universitas Medica. Vol. 51. No. 1. 2010.

EL TIEMPO. Cáncer, su Dolor tiene Alivio. Bogotá D.C. 26 de julio de 2009. Sección Salud. p. 3-8.

----- Convenio Antitabaco, ¿un vía crucis para Colombia? Bogotá D.C. 31 de enero 2007. Sección 2. Salud y vida.

----- Diabetes un Mal Dulce y Mortal. Bogotá D.C. 15 de noviembre 2009. Sección Salud. p. 3-8.

----- Enfermos Crónicos a Moverse. Bogotá D.C. 21 de febrero 2007. Sección 2 Salud y Vida. p. 2.

----- Hágale caso a esas señales que le manda su cuerpo. Bogotá D.C. 18 de enero 2009. Sección Salud. p. 2-7.

----- Los adultos mayores son presa de la desnutrición. Bogotá D.C. 8 de noviembre 2009. Sección Salud. p. 3-10.

----- Por qué el cáncer es tan doloroso. Bogotá D.C. 6 de diciembre 2009. Sección Salud. p. 3-10.

----- Que el adulto mayor decida. Bogotá D.C. 18 de junio 2008. Sección Salud y Vida. p. 2.

----- Salud del dicho al hecho. Bogotá D.C. 13 de febrero 2007. Sección 1-14 Opinión. p. 1.

EPS FAMISANAR. Protocolo de atención integral de la EPOC. Colombia: Editorial Famisanar, 2011.

ESCOBAR, María Cristina *et al.* Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. En: Salud pública de México. Vol. 42. No 1. 2000.

ESPITIA CRUZ, Luz Carine. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del Hospital Universitario la Samaritana. Colombia: Editorial UNAL, 2011.

GALVÁN CANCHILA, Diana Marcela. Factores de riesgo para enfermedades crónicas de origen cardiovascular en uniformados de la Policía Nacional de Colombia. Bogotá: Editorial UNAL, 2010.

GAVIRIA, Ana Milena *et al.* Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. En: Revista Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. No. 20. 2007.

GÓMEZ PALENCIA, Isabel Patricia. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2. Cartagena: Editorial UNAL, 2010.

GONZÁLEZ POSSO, Camilo *et al.* Memorias para la democracia y la paz: veinte años de la Constitución Política de Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., 2012.

GONZÁLEZ SALCEDO, Priscila. Atención de enfermería en el paciente con pie diabético desde una perspectiva de autocuidado. En: Revista investigación en enfermería: imagen y desarrollo. Vol.10. No. 1. 2008.

HERRERA LÍAN, Arleth *et al.* Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. En: Revista Aquichan. Vol. 12. No3. 2012.

Hipertensión arterial: importancia del asesoramiento para una visión saludable [Anónimo]. En: Revista Franja Visual. Vol. 19. No 116. 2011. p. 3.

LAMPREA, Everaldo. La Constitución Política de 1991 y la crisis de la salud: encrucijadas y salidas. Bogotá D.C.: Ediciones Uniandes, 2011.

Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. En: Revista Biomédica. Vol.31 No.4. 2011.P4

LEDON LLANES, Loraine. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. En: Revista Cubana de Salud Pública. V. 37. N. 4. 2011

LONDOÑO PALACIO, Olga *et al.* Guía para construir Estados del Arte. Bogotá: International Corporation of networks pf Knowledge, 2014.

LÓPEZ TORRES, Teresa Margarita. Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. En: Revista Universidad de Guadalajara, 2007.

LÓPEZ, José; DENNIS, Rodolfo y MOSCOSO, Sonia. Estudios sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. En: Revista Salud Pública-UNAL. Vol.11. No. 3. 2009. p. 3.

MALAGA, Germán. Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. En: Revista peruana de medicina y salud pública. V. 31. N.1. 2014.

MARTINEZ QUEROL, César *et al.* Polifarmacia en los adultos mayores. En: Revista Cubana Medicina General Integral. V. 21. N. 1-2. 2005.

Mc COLL, Peter *et al.* Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Valparaíso. En: Revista Chilena de Pediatría. Vol. 73. No. 5. 2002.

MINISTERIO DE CULTURA. Impactando la historia Natural de la EPOC. Colombia: MinCultura, 2009. p. 4.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía Tomo 1. Colombia: Editorial Scripto Ltda, 2007.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resúmenes de política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no Transmisibles. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2010.

MONTALVO PRIETO, Amparo y FLÓREZ TORRES, Inna. Cuidadores de Cartagena y su contexto de cuidado. En: Revista Aquichan. Vol.9. No2. 2009.

MORALES, Marcelo. Educación no Formal: Aportes para la elaboración de propuestas de políticas educativas. UNESCO, 2009.

MORAN MADROÑERO, Ximena. Educación para la Salud en Hipertensión Arterial: Evidencias en Latinoamérica 200-2010. Bogotá: Editorial Universidad Javeriana, 2010.

Nutrición y Diabetes Mellitus Tipo 2. [Anónimo] En: Revista Médica Latina. Vol.6. No. 9. 2008. p. 5.

OCAMPO, José Mauricio *et al.* Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. En: Revista Colombia Médica Univalle. Vol. 38. No 1. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. En: Prensa Médica Latinoamericana. V. 1. ISSN 0250-3816-XXXIII. 2011.

OSORIO POLO, Karen Sofía. Plan de Negocio para una empresa productora y comercializadora de postres dietéticos, elaborados con frutas orgánicas, dirigido a

pacientes con diabetes y personas que cuidan su alimentación en la Ciudad de Bogotá. Colombia: Editorial Universidad Javeriana, 2008.

PACHECO, Carlos Alberto *et al.* Compendio de terapéutica: Evidencia Actual. Bogotá: Editorial Médica Celsus, 2011.

PEÑA QUIMBAYA, Eder; COLINA GALLO, Evelyn y VÁSQUEZ GÓMEZ, Ana Cecilia. Actividad Física en empleados de la Universidad de Caldas. En: Revista hacia la promoción de la salud-Universidad de Caldas. Vol. 14. No 2. 2009.

PIEDRA GUILLÉN, Nancy. Relaciones de poder: leyendo a Foucault desde la perspectiva de género. En: Revista de Ciencias Sociales (Cr). Vol. IV. No.106. 2004.

PINTO AFANADOR, Natividad. Cuidar en el hogar a personas con enfermedad crónica a su familia y cuidador. Bogotá: Editorial UNAL, 2010.

PORTER, Roy. Breve Historia de la Medicina: de la antigüedad hasta nuestros días. Editorial Santillana. 2004.

RAMOS, Carlos Enrique. Transición epidemiológica en Colombia de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles. En: Revista Ciencias Biomédicas. Vol. 3. No. 2. 2012.

RUIZ MORALES, Álvaro. Impacto de las intervenciones psicosociales en las enfermedades crónicas: una mirada. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. XXXVI. No. 3. 2007.

SANABRIA FERRAND, Pablo Alfonso; GONZÁLEZ, Luis y URREGO, Diana. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. En: Revista Médica, 2017. ISSN 0121-5256

VARGAS, Lina María. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. En: Revista investigación en enfermería: imagen y desarrollo. Vol.12. No. 1. 2010.

VEGA, Guillermo. El concepto de dispositivo en M. Foucault. Su relación con la “microfísica” y el tratamiento de la multiplicidad. En: Revista digital de Filosofía. Septiembre. 2017. ISSN 1850-3578.

VELANDIA ARIAS, Anita y RIVERA ÁLVAREZ, Luz. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. En: Revista de Salud Pública. Vol.11. No.4.2009.

VILLARREAL RAMÍREZ, Sara María. Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de la Anexión. En: Revista cienc. adm. financ. segur. Soc. Vol.11. N.1. 2003. ISSN 1409-1259.

VILLARREAL, Gloria y MONTH ARRIETA, Edalcy. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). En: Revista Salud-UNINORTE. Vol.28. No1. 2012.

ZAVALA, María del Refugio. La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. En: Revista Aquichan. Vol. 7. No. 2. 2007.

WEBGRAFIA

EL TIEMPO. ¿En qué gastó Minprotección 66,8 millones de dólares de programa de reforma a la salud?, [en línea], 16 de febrero 2010, [consultado el 2 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://m.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7228549>

----- ¿Y la seguridad de los pacientes?, [en línea], 28 de febrero 2012, [consultado el 2 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/DR-37749>

----- 10 recomendaciones para que proteja su corazón, [en línea], 5 de septiembre 2012, [consultado el 1 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12197891>

----- Actual generación de niños podría vivir menos que la de sus padres, [en línea], 24 de febrero 2010, [consultado el 1 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7298472>

----- Ajuste a la salud es prioritario, [en línea], 2 de julio 2010, [consultado el 1 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-4036995>

----- Alerta en Cali por tensión alta, [en línea], 1 de junio 2010, [consultado el 1 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3992254>

----- Así es el drama de los pacientes colombianos, [en línea], 14 de mayo 2011, [consultado el 3 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-9353957>

----- Avances saludables / Cada día más lejos de morir por un infarto ¿Qué hay de nuevo?, [en línea], 13 de mayo 2010, [consultado el 3 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7708274>

----- Avances saludables / Cada día más lejos de morir por un infarto ¿Qué hay de nuevo?, [en línea], 13 de mayo 2010, [consultado el 3 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7708274>

----- Ciudades se unen por la salud, [en línea], 7 de abril 2010, [consultado el 3 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3909839>

----- Con buenos hábitos de vida es posible envejecer sano, [en línea], 26 de marzo 2012, [consultado el 3 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/DR-40831>

----- Conozca qué debe hacer para prevenir una mala vejez, [en línea], 7 de agosto 2010, [consultado el 2 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7848510>

----- Contra un asesino de mujeres, [en línea], 08 de octubre 2011, [consultado el 3 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-4882061>

----- Educación, meta social de Mayagüez, [en línea], 06 de diciembre 2010, [consultado el 3 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-4290095>

----- El desafío en salud es reducir las inequidades, [en línea], 30 de noviembre 2011, [consultado el 3 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-4998260>

----- El sedentarismo acecha la salud de los caleños, [en línea], 12 de septiembre 2012, [consultado el 3 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12215602>

----- Enfermedad renal crónica, un mal cruel y silencioso, [en línea], 14 de marzo 2010, [consultado el 4 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3880151>

----- Enfermedad renal, un mal que avanza silenciosamente, [en línea], 20 de febrero 2010, [consultado el 4 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3848490>

----- Enfermedades no contagiosas matan más, [en línea], 15 de septiembre 2011, [consultado el 4 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-4825248>

----- Expertos encienden alarmas por altos índices de enfermedades coronarias en Villavicencio, [en línea], 5 de julio 2010, [consultado el 4 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7790988>

----- Fiebre de deporte, [en línea], 5 de octubre de 2011, [consultado el 5 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-10503265>

----- Hora de ver morir la Ley 100, [en línea], 17 de junio 2012, [consultado el 4 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11954287>

----- La falta de vitamina D aumenta el riesgo de sufrir una infección respiratoria, [en línea], 24 de febrero 2009, [consultado el 4 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4837678>

----- Las Enfermedades del corazón y la diabetes amenazan a los boyacenses, [en línea], 9 de julio 2012, [consultado el 4 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12015570>

----- Las multinacionales farmacéuticas: rentistas, [en línea], 01 de mayo 2012, [consultado el 6 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11696342>

----- Mi viacrucis en una EPS por un cáncer de seno, [en línea], 10 de marzo 2012, [consultado el 5 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-5268552>

----- Nefrólogos recomiendan más prevención ante enfermedades renales, [en línea], 11 de marzo 2011, [consultado el 5 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-9000751>

----- Nestlé cree que ayudar a que la gente coma mejor puede ser un negocio redondo, [en línea], 20 de diciembre 2010, [consultado el 5 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-4316354>

----- Que no lo sorprenda el cáncer gástrico, [en línea], 28 de noviembre 2011, [consultado el 5 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-4993000>

----- Un 34% de los jóvenes bogotanos son sedentarios según investigación, [en línea], 20 de junio 2011, [consultado el 5 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-9678264>

----- Un enemigo llamado hipertensión, [en línea], 26 de Julio 2009, [consultado el 2 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-4470091>

----- Un estilo de vida sano para lograr vivir muchos años, bien vividos, [en línea], 10 de abril 2012, [consultado el 2 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11537441>

----- Un estilo de vida sano para lograr vivir muchos años, bien vividos, [en línea], 10 de abril 2012, [consultado el 5 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11537441>

----- Un nuevo modelo de salud, [en línea], 22 de febrero 2010, [consultado el 6 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7296934>

----- Usuarios de Saludcoop protestaron por mal servicio en Farmacia, [en línea], 2 de marzo 2012, [consultado el 6 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11263441>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. [en línea], 5 de Febrero de 2010 , [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en internet en: https://www.who.int/substance_abuse/alcafterebps.pdf

----- Preguntas frecuentes: ¿cómo define la OMS la salud? [en línea], 7 de abril de 1948, [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en internet en : <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles 2012-2025 [en línea], 22 de Marzo de 2000, [citado el 1 de julio de 2020]. Disponible en internet en : https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa14.pdf