

DISEÑO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD ALREDEDOR DE LA PANDEMIA POR COVID 19 QUE CONSIDERAN LA DIGNIDAD HUMANA Y EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA

DESIGN OF PUBLIC HEALTH POLICIES AROUND THE COVID 19 PANDEMIC THAT CONSIDERS HUMAN DIGNITY AND THE RIGHT TO HEALTH IN COLOMBIA

Monica patricia tamayo Bonilla¹⁵, Janet Cecilia Gil forero¹⁶

Fecha recibida: 06/06/2023

Fecha aprobada: 04/07/2023

Derivado del proyecto: Diseño de las Políticas Públicas en Salud Alrededor de la pandemia por Covid 19 que consideran la dignidad humana y el derecho e la salud En Colombia.

Institución financiadora: Recursos propios de los autores.

Pares evaluadores: Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad – REDIEES.

¹⁵ Universidad Santiago de Cali. Santiago de Cali (Colombia). Janeth.gil00@usc.edu.co

¹⁶ Universidad Santiago de Cali. Santiago de Cali (Colombia). hermomota38@hotmail.com

RESUMEN

La aparición de un nuevo virus denominado SARS-CoV-2 en el contexto mundial generó la construcción rápida de políticas públicas, con el fin de mantener a la población al margen del contagio. El objetivo de este trabajo es analizar el diseño de la política pública alrededor de la pandemia que consideran la dignidad humana y el derecho a la salud en Colombia. Revisión sistemática de las políticas públicas emitidas en Colombia durante la pandemia y artículos relacionados con el principio de dignidad humana y derecho a la salud. Las bases de datos consultadas fueron página oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), página oficial de la autoridad sanitaria de Colombia, base de datos especializadas Medline, Embase, Scopus. Total, de archivos revisados 150; criterios de inclusión: política pública, dignidad humana, Covid-19, derecho a la salud, año 2020-2021. Resultados: Las políticas públicas emitidas en Colombia una vez declarada la pandemia fueron más de cien, sin embargo, no consideraron el principio de dignidad humana y las del derecho a la salud se fundaron más en la mitigación del riesgo, organización del sistema de salud, manejo de recursos económicos; restricción a lugares públicos, protocolos de bioseguridad. Conclusiones: Las primeras políticas públicas se orientaron al confinamiento para preservar la vida. Pero las unidades de cuidados intensivos colapsaron y no fue considerada la dignidad humana ni siquiera para morir.

PALABRAS CLAVE: Emergencia Sanitaria, Salud, UCI, Dignidad, Igualdad.

ABSTRACT

The appearance of a new virus called SARS-CoV-2 in the global context generated the rapid construction of public policies, in order to keep the population away from contagion. The objective of this work is to analyze the design of public policy around the pandemic that considers human dignity and the right to health in Colombia. Methodology: Systematic review of public policies issued in Colombia during the pandemic and articles related to the principle of human dignity and the right to health. The databases consulted were the official website of the World Health Organization (WHO), the official website of the Colombian health authority, specialized databases Medline, Embase, Scopus. Total files reviewed 150; Inclusion criteria: public policy, human dignity, Covid-19, right to health, year 2020-2021. Results: The public policies issued in Colombia once the pandemic was declared were more than one hundred, however, they did not consider the principle of human dignity and those of the right to health were based more on risk mitigation, organization of the health system, management of economic resources; restriction to public places, biosafety protocols. Conclusions: The first public policies were oriented towards confinement to preserve life. But the intensive care units collapsed and human dignity was not considered even to die.

KEYWORDS: Health Emergency, Health, ICU, Dignity, Equality.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por Covid 19, ha tenido consecuencias profundas en la salud de la población, debido a su rápida propagación y letalidad. Esto la convirtió en un problema de salud pública en cada país y llevó a la sociedad a demandar la intervención gubernamental para enfrentar la crisis sanitaria. Sin embargo, los gobiernos del mundo no tenían preparada políticas públicas que respondieran a un virus de tan rápida propagación, como fue el SARS-CoV-2, que opacó la dignidad humana y el derecho a la salud e hizo primar en los sistemas la administración de recursos, en una carrera contra el tiempo para preservar la vida, con la incertidumbre de no saber cómo se comportaría el virus, ni el resultado de las intervenciones clínicas que se estaban realizando ante la emergencia sanitaria. Los países de América Latina partieron con desventajas adicionales, debido al bajo crecimiento económico en los últimos años en acciones intersectoriales para lo público, donde el derecho a la salud se privilegie ante políticas fiscales tendientes a fortalecer el mercado, el sector privado, la competitividad, a diferencia de buscar mayores recursos para la salud pública, el fomento de la salud y prevención de la enfermedad, las cuales habrían sido muy coherentes en una emergencia sanitaria, donde el derecho a la salud y la dignidad humana pudieron primar.

Desde la implementación de la ley 100 de 1993, los colombianos hemos sido testigos y partícipes de los diversos cambios y normas que se han establecido con respecto a la salud, a fin de obtener mejoras en la prestación de los servicios y desarrollo del sistema sanitario. Los objetivos centrales de las reformas van encaminadas a expandir la protección financiera y crecimiento de lo institucional para fortalecer aseguramiento mas no el derecho a la salud o la dignidad humana. Ahora si se revisa el articulado de la política pública, se precisa diferencias en la organización del sistema y forma que será distribuidos los recursos económicos, incluso sutilmente se agrupa la población según condiciones económicas, lo que propicia una brecha social para el sistema, una vulneración del derecho a la salud y la dignidad humana que se suman a otros problemas públicos, que serán evidentes y profundos en la pandemia como el acceso oportuno a la atención de salud y la disponibilidad de recursos ante la emergencia sanitaria.

Con la firma de la Ley 1751 de 2015, la salud recobra la connotación de derecho y busca que el sistema de salud en Colombia responda a un modelo de atención integral, en el que gracias a la participación de los ciudadanos y la intervención de expertos, se guarda la esperanza de desarrollar un excelente sistema de salud y con él mejores condiciones de la población en cuanto a el acceso de los servicios de forma oportuna, eficaz y con calidad, el perfeccionamiento y la promoción de la salud, sin embargo como se mencionó anteriormente existen falencias que conllevan a inequidades sociales y falta de universalidad del derecho.

La Política de Atención Integral en Salud, que se contempla en la Resolución 429 de 2016 y 2626 de 2019, señala estrategias que transforman los principios y objetivos de salud, presenta un modelo operacional con instrumentos que favorecen la gestión de los diferentes agentes del Sistema en los territorios y destaca la gobernanza del Estado, para interactuar de forma coordinada desde las política públicas con las entidades territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB), las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas; todas con un mismo propósito, lograr una mejor gestión del riesgo en salud, y resultados que favorecen los indicadores de salud pública, y una atención de calidad con oportunidad, pertinencia, continuidad y equidad social, en el marco del derecho a la salud que se consagra en la Ley estatutaria de 2015.

Estas acciones de gobernanza por parte del Estado, son las que en pandemia fueron reclamadas por los ciudadanos, porque en los territorios el trabajo intersectorial, la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, la integralidad para atender el proceso de salud enfermedad, altamente demandante por el número de contagios, desnudó la situación real del sistema sanitario frente a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno, infraestructura, talento humano especializado, vigilancia epidemiológica, seguridad alimentaria, entre otras variables que promueven la salud y el bienestar.

Dentro de este escenario, teniendo en cuenta las graves complicaciones históricas y estructurales que aquejan al Sistema de Salud Nacional, se compromete cada vez más la calidad de la atención al paciente de cuidados intensivos interno en las UCI del país, lo que, por consecuencia, termina repercutiendo manera directa sobre el ejercicio pleno de derechos humanos, que seguidamente deriva en el detrimento de la dignidad humana del paciente.

Este estudio pretende analizar el diseño de la política pública alrededor de la pandemia que consideran la dignidad humana y el derecho a la salud en Colombia; puesto que, ambos derechos se vieron coactados producto de las disposiciones nacionales en torno al cuidado y disposición de los cadáveres diagnosticados por Covid-19, generando una discusión frente al alcance de la normativa colombiana y la protección del derecho a la libertad de culto, esto último, la principal estrategia para la reclamación del derecho a la dignidad durante la emergencia sanitaria.

Los estudios recopilados para la presente investigación permiten adentrarse en investigaciones que dan pie al análisis de nuevas rutas que deben ser abordadas y elementos en los que se debe hacer énfasis a partir de necesidades encontradas referente a las políticas públicas en el sector de la salud con una mirada desde el principio de la dignidad humana, por lo cual, en el presente trabajo se reconocieron tres categorías importantes a revisar (Diseño de Políticas Públicas alrededor del derecho a la salud y el Principio de Dignidad Humana, Manejo de los recursos en pandemia, especialmente en UCI, la dignidad humana dentro del ejercicio médico profesional) con una revisión documental de publicaciones internacionales y nacionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

De acuerdo con la finalidad de este estudio, se selecciona el tipo de investigación cualitativa como base para el alcance de los objetivos expuestos con anterioridad. Es preciso resaltar que esta, de acuerdo con los aportes de Fernández, & Baptista (2014, p.16) puede ser entendida como aquella que se caracteriza por contar con áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos, los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Por lo general, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes; y después, para perfeccionarlas y responderlas.

El alcance investigativo de trabajo entonces es de tipo descriptivo; entendiendo que se trata de una investigación que tiene como finalidad explicar con claridad un tema en

particular, en este caso, el diseño de las políticas públicas alrededor del derecho a la salud y el principio de la Dignidad en los servicios de salud, con un énfasis en el área de las Unidades de Cuidados Intensivos. Esta línea analítica concibe el proceso descriptivo como análisis, interpretación, contextualización y registro de la esencia o composición de los fenómenos, desempeñando sus facultades con base a realidades comprobables mediante hechos y buscando siempre una correcta interpretación de los sucesos. Al respecto, Hernández & Mendoza, (2018) afirman que, “en un estudio descriptivo el investigador selecciona una serie de cuestiones (que, recordemos, denominamos variables) y después recaba información sobre cada una de ellas, para así representar lo que se investiga (describirlo o caracterizarlo)” (p.108).

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos ha sido, específicamente, la revisión documental y el análisis bibliográfico de bases de datos especializadas, libros, revistas de importancia nacional y mundial sobre el tema, siendo esta la fuente primaria que permiten llevar a cabo la revisión literaria a cerca de los principios de la Dignidad Humana y la humanización en los servicios de salud en el área de las Unidades de Cuidados Intensivos, así como también el diseño de las políticas públicas en torno al servicio de atención de las Unidades de Cuidados Intensivos y la determinación de la incidencia de la no inclusión de los principios de Dignidad Humana dentro del ejercicio médico profesional.

RESULTADOS

Con la celebración del derecho a la salud, la dignidad corresponde un aspecto indisociable, puesto que, la salud como derecho universal contempla el cuidado de la vida y el manejo ético del paciente como una labor intrínseca en el proceder profesional de los miembros de salud, así como, las disposiciones normativas entre las entidades de salud, cuyo protocolo y gestión de los usuarios encuentra su base en la prevención, atención y tratamiento de las personas en propensión a la salud y la vida. Por tanto, es determinante señalar que dentro de un contexto como lo es la salud, la dignidad haga referencia a los tratos y manejo que se le otorga al paciente, entendiendo al paciente como un ser integral, cultural y social, por tanto, la discriminación y negación de la atención está prohibida.

Bajo este marco, durante la crisis de COVID-19 en Colombia, la importancia de las políticas públicas que protegen la dignidad humana y el derecho a la salud se hizo más evidente que nunca. El Gobierno colombiano puso en marcha una serie de medidas destinadas a abordar los desafíos específicos que surgieron durante esta crisis. A continuación, se describen algunas de las estrategias y enfoques fundamentales relacionados con la dignidad humana y el derecho a la salud durante este período. Por lo que, acciones como el Acceso a Pruebas y Tratamientos: Se promovió el acceso universal a pruebas de detección y tratamientos de COVID-19 para garantizar que todas las personas, independientemente de su condición socioeconómica, tuvieran la oportunidad de someterse a pruebas y recibir atención médica si fuera necesario. Por otra parte, la implementación de un programa de vacunación masiva para proteger a la población contra el COVID-19. Así las cosas, se enfatizó la equidad en la distribución de vacunas, incluyendo áreas rurales y comunidades vulnerables.

En complemento, la adopción de medidas especiales para proteger a grupos vulnerables, como personas mayores y personas con enfermedades crónicas, garantizando su acceso a servicios de salud y vacunación prioritaria. Lo anterior, facilitó el uso de la telemedicina para garantizar que las personas pudieran recibir atención médica de manera segura, especialmente en áreas donde el acceso a servicios de salud es limitado. De forma integral, desde el gobierno nacional se realizaron campañas de concienciación pública para informar a la población sobre las medidas de prevención, como el distanciamiento social y el uso de mascarillas.

Con la visión de reducir el impacto económico y el riesgo que generó la desaceleración económica y en prevención del deterioro de la capacidad del gasto, por ende, de la creación de una crisis social con efectos en la calidad de vida y la vida digna, se desarrollaron programas de asistencia económica para ayudar a las personas afectadas por la pandemia, incluyendo trabajadores informales y desempleados.

Por otra parte, y con un enfoque a los servidores de la salud, la protección del personal de la salud supuso un reto a nivel estatal, incluyendo la provisión de equipo de protección personal y la promoción de su bienestar emocional.

De acuerdo lo dicho, el presente trabajo busca indagar alrededor de la figura del Principio de Dignidad Humana desde la caracterización de las políticas públicas referente al servicio de atención en las UCI a partir de tres fases las cuales componen los objetivos específicos, de manera inicial, se pretende realizar una revisión de la literatura acerca de los principios de la Dignidad Humana y la humanización en los servicios de salud en el área de las Unidades de Cuidados Intensivos, para posteriormente, caracterizar las políticas públicas en torno al servicio de atención de las Unidades de Cuidados Intensivos y dar cierre determinando la incidencia de la no inclusión de los principios de dignidad humana dentro del ejercicio médico profesional.

Estas políticas y enfoques estuvieron destinados a garantizar que los derechos humanos, incluyendo la dignidad y el derecho a la salud, fueran respetados y protegidos durante la pandemia de COVID-19 en Colombia. La respuesta a la pandemia requirió una combinación de medidas de salud pública, asistencia social y equidad en el acceso a los servicios de salud para garantizar que todas las personas recibieran atención adecuada y pudieran proteger su salud y bienestar.

No obstante, ahondando en la problemática de una política pública centrada en la dignidad humana sufraga el fenómeno generado dentro de las prácticas de los profesionales de la salud, ubicados en las UCI y el procedimiento general para la disposición de los cadáveres diagnosticados o sospecha de Covid-19, y la limitación al acceso de los familiares al cuerpo, producto del riesgo contaminante que el cuerpo fallecido supone. Esta problemática, se encuentra suscitada en la Sentencia 318/21 en la que la parte demandante argumenta la violación de los Derechos a la Diversidad étnica y Cultural y a la Libertad de Cultos (Vulneración al negar exhumación y entrega de restos humanos, para rito funerario de comunidad indígena), la querrela, hace hincapié mediante el recurso de derecho de petición la necesidad de celebrar prácticas mortuorias para los miembros de la comunidad indígena ingresados a los sitios asistenciales UCI y que posteriormente fueron diagnosticados como fallecidos.

Si bien, los ciudadanos tienen la libertad de reclamar la exhumación de un cadáver producto del lazo consanguíneo o la pertenencia a un grupo étnico especial: afro, indígena, entre otros, la negación del derecho comprende una directriz internacional para el tratamiento

de los cuerpos como medida preventiva para el cuidado de la población general. Puesto que, como lo dispone el MINSALUD (2021) en su manual “Orientaciones para el Manejo, Traslado y Disposición Final de Cadáveres por Sars-Cov-2 (Covid-19)” contempla que:

- (i) un cadáver sin resultados de prueba Covid-19 debía ser considerado sospechoso;
- (ii) la disposición final de los cadáveres sospechosos de personas asociadas a Covid-19 se debía hacer preferiblemente por cremación. De no ser posible, por inhumación en sepultura o bóveda individualizada, y (iii) en el caso de comunidades indígenas, el Ministerio estableció que los ritos fúnebres se deberían limitar “(...) solamente al acompañamiento espiritual o mediante rituales al territorio de manera simbólica”. (CCC, 2021)

Dentro de esta dinámica pública evocada en la preservación de la vida y el cumplimiento de los derechos universales y aquellos contemplados de manera particular en la Constitución Política de Colombia, algunos derechos fueron transformados producto de la condición que representó el manejo de los casos y el potencial impacto en la vida.

La importancia de aplicar de manera estricta el derecho común por sobre el particular en este caso, abre la oportunidad de reconocer la dinámica de los derechos como un recurso circunstancial a la vida y que obedece a las condiciones de un contexto específico. Puesto que, pese a la limitación y vulneración fáctica de los derechos mencionados en la sentencia, desde el MINSALUD y su protocolo de manejo de cadáveres diagnosticado o posibles de Covid-19 contempla el principio de precaución y el respeto a la dignidad humana al tratar con cadáveres. De modo que se hace hincapié en la necesidad de adoptar un enfoque precautorio en la manipulación de cadáveres, lo que implica tomar medidas preventivas para evitar riesgos potenciales, especialmente en contextos sensibles. Esta precaución se relaciona con la gestión de cadáveres en situaciones como pandemias o emergencias sanitarias. Por tanto, el respeto a la dignidad de los fallecidos debe ser una prioridad. Esto implica que, incluso en situaciones desafiantes, los cadáveres deben ser tratados con el máximo respeto y consideración por su condición humana.

En torno a la dignidad y el cuidado de la salud no solo del paciente y los familiares dentro de la coyuntura, el MINSALUD expresa que:

Los profesionales de la salud deben manejar una comunicación eficaz y ética al tratar con las defunciones a causa de la COVID-19. Puesto que, la comunicación responsable es un pilar fundamental en la gestión de situaciones de crisis, como la pandemia de COVID-19. Proporcionar información clara y precisa sobre los riesgos asociados a las defunciones por esta enfermedad es crucial para que las personas y los actores involucrados puedan tomar decisiones informadas y adoptar medidas preventivas. Esto no solo contribuye a la seguridad pública, sino que también promueve la transparencia y la confianza en las autoridades y los sistemas de salud.

El respeto a la dignidad humana es un principio ético que debe guiar todas las acciones, incluso en situaciones desafiantes como la pandemia. Al comunicar información sobre defunciones, especialmente relacionadas con una enfermedad tan temida como la COVID-19, es esencial mostrar sensibilidad y empatía hacia los familiares y seres queridos de los fallecidos. Esto no solo refuerza el tejido social, sino que también ayuda a mitigar el impacto emocional y psicológico en las comunidades. Con lo anterior, promover la vigilancia del cumplimiento de las medidas de precaución por parte de las autoridades sanitarias es esencial para garantizar que se respeten los protocolos de seguridad y salud establecidos. Esto no solo protege a los trabajadores funerarios y a las comunidades, sino que también refuerza la confianza en el sistema de salud y las autoridades. La rendición de cuentas es un componente fundamental de una respuesta efectiva a una pandemia.

La coordinación entre los diferentes actores involucrados en la gestión de cadáveres es un requisito fundamental para una respuesta efectiva. La complejidad de esta tarea requiere una comunicación fluida y colaboración entre las instituciones de salud, las funerarias, los cementerios, las autoridades de salud y las familias. La falta de coordinación puede llevar a situaciones caóticas y a un manejo deficiente de los cadáveres, lo que a su vez puede aumentar los riesgos de propagación de la enfermedad. Desde este frente, el objetivo de reducir los riesgos fue una prioridad en la gestión de cadáveres en el contexto de una pandemia. Por tanto, la comunicación efectiva es un medio para lograr este objetivo, ya que permite que todas las partes involucradas comprendan la importancia de tomar medidas de precaución; por ello, al comunicar claramente los riesgos, se empoderan a las personas y se

les motiva a seguir pautas de seguridad, lo que, en última instancia, contribuye a reducir la propagación del virus.

Tabla 1 Medidas Frente la Pandemia Covid-19

Normativa	Disposiciones	Entidad/Año
Resolución 380 de 2020	Aislamiento y Cuarentena de viajeros, China, Italia, España, Francia	Ministerio de Salud y Protección Social/2020
Resolución 385 de 2020	Declaración de Emergencia Sanitaria, Mod.407 y 450.	Ministerio de Salud y Protección Social/2020
Resolución 444 de 2020	Urgencia Manifiesta	Ministerio de Salud y Protección Social/2020
Resolución 464 de 2020	Aislamiento Personas Mayores, Centros día	Ministerio de Salud y Protección Social/2020
Resolución 502 de 2020	Lineamientos Prestación de Servicios	Ministerio de Salud y Protección Social/2020
Resolución 520 de 2020	Requisitos Antisépticos	Ministerio de Salud y Protección Social/2020
Resolución 521 de 2020	Atención Domiciliaria	Ministerio de Salud y Protección Social/2020
Resolución 536 de 2020	Plan de Acción para la Prestación de Servicio de Salud	Ministerio de Salud y Protección Social/2020
Resolución 608 de 2020	Recurso para el Fortalecimiento Institucional Covid-19	Ministerio de Salud y Protección Social/2020
Resolución 619 de 2020	Compra de Cartera a cargo de ADRES en la Emergencia por Covid-19	Ministerio de Salud y Protección Social/2020
Resolución 666 de 2020	Protocolo General de Bioseguridad	Ministerio de Salud y Protección Social/2020
Resolución 676 de 2020	Sistema de Información para el Reporte y Seguimiento en Salud a las Personas Afectadas Covid-19	
Circular 015 de 2020	Recomendaciones Grupos Étnicos	Ministerio de Salud y Protección Social/2020

Nota. Elaborado por los investigadores con información tomada de:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-Administrativos-covid-19.aspx>

A partir de este cuadro evidencia las políticas públicas que surgieron en el contexto de la pandemia alrededor de la Dignidad Humana y el Derecho a la Salud, se presenta una amplia variedad de perspectivas, donde se abordan aspectos de orden éticos y técnicos, de forma tal que pueda dar verdadera respuesta a las necesidades del ser humano, no solo en

torno a la prestación del servicio, sino también, la necesidad de un sistema sanitario lo más humano posible. Entendiendo que históricamente la práctica médica se ha visto permeada por parámetros de cosificación y violación de los derechos, donde se incluyen la confidencialidad, privacidad y autonomía (González, 2021).

A lo largo del proceso evolutivo de la ciencia y producto de diversas investigaciones, se decantó la necesidad de construir un servicio en salud humanizado, donde no solo se vele por la salud del paciente, sino también por su sentir, donde el individuo pueda sentirse acompañado en el proceso. Ante ello, es menester apostarle a la formación del profesional médico cimentado en el ser y en el deber ético como pilar fundamental de la profesión, con el fin de reducir los efectos colaterales o la mala praxis médica (González, 2021).

En relación con lo anterior, autores como Ceballos (2010) exponen la necesidad de desarrollar habilidades fundamentales en el profesional médico para el ejercicio del cuidado humanizado, las cuales son la comunicación, la escucha y la empatía, en conjunto con los saberes científicos y técnicos. Al respecto, González (2021) menciona que este es un proceso predominantemente dinámico y participativo, por medio del cual se genere la identificación y priorización de las necesidades y, por consiguiente, tomar las decisiones pertinentes para el caso del paciente en cuestión, donde a partir de esta práctica sea posible promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento y en la rehabilitación.

Ahora bien, la Unidad de Cuidados Intensivos hace referencia a la zona de atención a los pacientes en estado crítico, lugar que popularmente se observa en Colombia como “la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos significa estar solo, aislado de la familia y rodeado de otros pacientes y del equipo de salud, cuya compañía, a veces, no es suficiente y en ocasiones contribuye al sufrimiento” (Beltrán Salazar, 2009). De manera similar, en el año 2017 se identificó en una investigación de la percepción del paciente en una unidad de cuidado intensivo en Colombia, se expone una deficiencia en la comunicación interpersonal entre los enfermeros y el usuario, “describe que en ocasiones no recibían explicación sobre el estado de salud o procedimientos, pocas veces se facilitó el diálogo o información suficiente y oportuna para tomar decisiones sobre la salud”. (Joven, 2017)

Así mismo, los autores Ramírez y Parra (2011) mencionan en su artículo “Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos”, la

necesidad de consolidar un tipo de “comunicación clara, precisa y asertiva entre el usuario, la familia y el personal a cargo”, esto con el objetivo de fortalecer las relaciones entre los diferentes actores implicados en las diferentes fases del tratamiento y cuidado del paciente.

Una estrategia que ha funcionado para mejorar los procesos comunicativos de esta área es la implementación de folletos, los cuales según Gómez (2015), le aportan al usuario la posibilidad de conocer de forma clara el horario de visitas, lugar y hora de recepción del reporte médico y las normas de acceso a esta zona, “se ha comprobado que se pueden obtener resultados favorables para los pacientes, si se mejora la comunicación, implementa la flexibilidad en el horario e incentiva el acompañamiento y ayuda de los pacientes con sus familiares” (Gómez, 2015).

Por otra parte, es clave mencionar que durante el ejercicio de atención en las unidades de cuidados intensivos, los profesionales se encuentran expuestos a situaciones de tensión y altos niveles de estrés, fuentes de desgaste, desmotivación y burn-out (Bermejo, 1998), por ello, en concordancia con lo expuesto anteriormente, el desarrollo de profesionales en salud con énfasis en la humanización y la Dignidad Humana posibilita una mayor concientización y sensibilización por parte de los profesionales encargados de la prestación del servicio, lo que por ende, mejoraría la relación con los pacientes, al ser tratados como seres humanos sintientes (Cortes, 2015). Es también importante mencionar, que la responsabilidad en torno a la humanización de los servicios de salud no recae únicamente en el profesional que presta el servicio, sino en las instituciones de este sector, las cuales deben encargarse de proporcionar los insumos necesarios para ejercer una correcta praxis médica, al igual que debe proveer la tecnología, equipos, herramientas, infraestructura, procesos operacionales estándar necesarios para mejorar la satisfacción de los pacientes y familiares que ingresan a la Unidad de cuidados intensivos. (Ariza, 2011)

Bajo este espectro, se establece la relación entre la necesidad de humanización del servicio de salud y las unidades de cuidados intensivos, la cual se establece a partir de líneas de trabajo construidas por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2016, citado en González, 2021), donde se determinan los ámbitos de intervención (p. 132):

- UCI de puertas abiertas: Esta estrategia propone un cambio en el modelo de visitas actual, que se caracteriza por ser restrictivo, porque sus horarios y el

Revista Diálogos Interdisciplinarios en Red - REDIIR
Vol.12 N°2

acceso es limitado, por consiguiente, esta estrategia plantea flexibilidad y facilidad en estos aspectos.

- La comunicación en la UCI: En todos los espacios de interacción del ser humano la comunicación juega un papel importante, en el caso de la atención en salud y especialmente en la unidad de cuidados intensivos, las falencias en la comunicación ocasionan conflictos entre los profesionales, lo cual dificulta el proceso óptimo de intervención. En ese sentido, se necesitan estrategias que propendan el fortalecimiento de la comunicación, donde el traspaso de la información de los pacientes sea posible de forma correcta, además de propiciar elementos que faciliten el diálogo con las familias del paciente desde la empatía.
- La presencia y participación de los familiares en la UCI: Para el paciente, el acompañamiento de su familia representa un soporte emocional y psicológico relevante en su proceso, por ende, se busca integrar a las familias en el proceso de atención al paciente.
- Cuidados al profesional de la UCI: Como forma de prevención ante casos de mala praxis médica, se proponen una serie de cuidados para el profesional médico, con el fin de identificar los signos del síndrome de desgaste profesional, y poder actuar para reducir sus consecuencias.
- Infraestructura humanizada en las UCI: Para garantizar un espacio adecuado y cómodo a los pacientes, familiares y profesionales, se propone establecer un entorno estructural que propicie una sensación de confort en los diferentes actores y que mejore sus dinámicas de vida.

Finalmente, es necesario mencionar la etapa final de la vida y las implicaciones de la humanización del servicio frente a esta etapa, donde una forma de hacerle frente ha sido con los cuidados paliativos, los cuales apuntan a un mejoramiento en la calidad de vida del paciente, donde este pueda encontrar bienestar en los diferentes aspectos involucrados en este proceso, como es la atención al dolor, la dotación de información y apoyo emocional para el paciente y su familia (González, 2021).

Manejo De Los Recursos En Pandemia Y Las Unidades De Cuidados Intensivos

Las Unidades de Cuidados Intensivos son una instancia del Sistema de Salud que funciona de manera conjunta respecto a los demás servicios médicos y hospitalarios que ofrece dicho Sistema. La principal característica de estas áreas especiales dispuestas para cuidados críticos o intensivos es la tecnología de alta complejidad, teniendo en cuenta que la atención que se le debe brindar al paciente en estado crítico es desde una perspectiva integral. Adicionalmente, estas Unidades se caracterizan porque yacen localizadas en un área hermética y protegida, en donde los pacientes, los visitantes y demás funcionarios del centro médico cuentan con acceso restringido y altamente controlado. De esta manera, teniendo en cuenta la complejidad de las patologías que se tratan en estas áreas, es un estándar normativo que las UCI estén en constante interacción con los demás servicios que ofrece el centro médico, toda vez que es necesario el acceso 24 horas tanto al área de cirugía, como de urgencias, a los servicios de scanner, los procesos de hemodiálisis, radiología, laboratorios; así como bancos de sangre y acceso a la farmacia.

Así mismo, esta área consta de una serie de cubículos y habitaciones para cada paciente, del mismo modo que de un área específica o estación de enfermería y su respectiva central de monitoreo desde donde se evalúa a cada uno de los pacientes internos en el área. Igualmente, otro de los lineamientos que deben cumplir las UCI es el hecho de contar con las condiciones físicas e infraestructura necesaria, para ello, se requiere de condiciones adecuadas en términos de: espacio, luz e iluminación y climatización en toda el área en virtud de la eliminación de posibles agentes bacterianos.

De la misma manera, las UCI deben contar con un conjunto de espacios, tales como: sector de trabajo limpio, sector de trabajo sucio, almacén, bodegas para ropa limpia y equipos médicos y paramédicos, e igualmente con baños y oficina para personal médico. En ese orden, el sector de trabajo limpio se destina para los procesos de preparación de medicamentos, tratamientos y soluciones líquidas. Por otra parte, el sector de trabajo sucio se destina para depositar de manera temporal el material clínico empleado para determinados procesos dentro de las UCI. Ahora bien, de acuerdo con el tipo de trabajo que se realiza dentro de estas unidades, la Corporación de Estudios Superiores Salamandra (s.f) expone algunas consideraciones sobre la infraestructura con que deben contar estas áreas, específicamente

en cuanto a la inclusión de espacios adecuados para que el personal se distensionen. Sobre esto, exponen que:

En las UCI es necesario incluir un espacio de enfermería, donde se libere el estrés asistencial acumulado en el turno de trabajo, se realicen reuniones de enfermería donde los intercambios y experiencias cualifican la calidad asistencial y redundan en su promoción profesional. (Corporación de Estudios Superiores Salamandra, s.f)

Material biomédico de las UCI

Luego, en cuanto a las especificaciones de la sala de espera en donde aguardan los familiares de los pacientes, estas deben contar con algunas características a saber: ser un espacio acogedor, amplio, con luz natural y ubicado estratégicamente alejado de la sala UCI, de tal manera que se pueda impedir o mitigar las angustias de los acompañantes. En el mismo sentido, las bodegas o almacenes dispuestos para el área deben contar con suficiente material desechable, ropajes, entre otros insumos requeridos para el personal médico y de enfermería. Agregado a lo anterior, y de acuerdo con los aportes de la Corporación de Estudios Superiores Salamandra (s.f), tanto el piso, como las paredes y techos de estas Unidades deberán estar diseñadas de tal forma que faciliten la realización de procesos de desinfección constante. En cuanto a las especificaciones de los cubículos en donde se encuentran los pacientes, estos deben contar con: tomas de energía, oxígeno, aire y succión, debe tener lavamanos para la entrada del personal y visitantes, así como un espacio dispuesto específicamente para pacientes en condición de aislamiento por el término de la patología o enfermedad que padecen y por el riesgo que ello representa para los demás pacientes y para el personal médico.

Sobre esta base, en la Tabla 2 se detalla el distinto material de tipo biomédico del cual requieren las UCI.

Tabla 2. Material biomédico con que debe contar una UCI

Monitor con trazado EKG (monitor cardíaco con posibilidad de conexión a central con 1 canal de EKG, 2 canales de presión invasiva y 1 canal de presión no invasiva)	Fuente y electrodo para marcapaso interno transitorio
Bomba de infusión.	Ventilador de transporte
Pulso- oxímetro	Monitor de gasto cardíaco
Electrocardiógrafo.	Monitor de transporte
Glucómetro	Sistema visual o sistema de alarma y timbre
Aspirador de secreciones	Control de temperatura
Oxígeno central y bala de oxígeno portátil	bomba de nutrición enteral
Equipo de rayos X portátil	Bolsa de insuflación PEEP
Equipo de órganos de los sentidos.	Carro de paro con desfibrilador, monitor cardíaco y bolsa de insuflación PEEP Camillas de traslado
Tensiómetro, fonendoscopio	
Silla de ruedas.	
Ventilador	
Desfibrilador	
Módulo de presión invasiva	

Nota: Recuperado de Corporación de Estudios Superiores Salamandra (2020). Tomado de: <https://biblioteca.salamandra.edu.co/MATERIAL%20ACADEMICO/DIPLOMADO%20UCI/MATERIAL%20UCI/Material%20UCI%20FINAL.pdf>

Además de los equipos y demás suministros consignados en la Tabla 2, las UCI deben contar con acceso a equipamiento como: máquinas de plasmaféresis, de hemodiálisis y hemofiltración; del mismo modo que con material para endoscopias de urgencia.

Ahora bien, dentro de las distintas clasificaciones de UCI se encuentra la UCI de tipo neonatal, en donde se abordan los respectivos diagnósticos y tratamientos para niños y niñas recién nacidos. Este tipo de UCI incluye por defecto elementos como: ventiladores CPAP y O₂, marcapasos, material pertinente para efectuar procedimientos médico-quirúrgicos, intervenciones e invasiones; mismo equipo especializado que en UCI tradicional en conjunto con equipos como cunas, incubadoras, lactario, y debe priorizarse igualmente el espacio entre cunas.

En el apartado de medicamentos e insumos, de acuerdo con las especificaciones de la Corporación de Estudios Superiores de Salamandra (2020), debe principalmente existir un

listado de todos los medicamentos con su respectivo registro INVIMA, almacenamiento de los medicamentos bajo condiciones óptimas de temperatura, iluminación y cadena de frío, entre otros aspectos. Adicionalmente, no se debe reutilizar ningún tipo de insumo ni tampoco ningún dispositivo empleado para intervenir a los pacientes. No obstante, la documentación que se requiere en estas áreas consta de elementos como: guías de práctica clínica, guía e instructivos de procedimientos, procesos y protocolos.

Llegado este punto, es importante tener presente que además de los lineamientos técnicos-operativos, las características del personal, de la infraestructura, y algunos de los requisitos sanitarios que deben tener presente todas las Unidades de Cuidado Intensivo del país, hasta la llegada de la crisis mundial ocasionada por la pandemia del Covid-19, no habían sido dispuestas propiamente políticas públicas y/o especificidades normativas de naturaleza oficial, más allá de los lineamientos ya enunciados. De ese modo, no es sino hasta dicho estallido que el Estado empieza a emitir normativa técnica reciente en un intento por responder ante la ola de saturación a la cual se enfrentaron los diferentes Sistemas de Salud en el mundo.

Por lo tanto, algunas de las políticas públicas emitidas de manera inmediatamente posterior a la pandemia fueron, por ejemplo: el Decreto 538 del 2020, expedido por el Departamento Administrativo de Función Pública y la Presidencia de la República (2020), en donde se redefinen y disponen, ahora sí, lineamientos técnicos para la operación y el manejo integral de las Unidades de Cuidado tanto intensivo, como intermedio. En esencia, este decreto tiene por objetivo principal adoptar medidas en todo el sector salud en virtud de mitigar los efectos sanitarios producidos por el Covid-19, para garantizar así que el Sistema de Salud en su entereza pudiera estar capacitado para atender una crisis de tal magnitud, sin descuidar los componentes esenciales que le configuran como sistema para el acceso a la salud. Así, dentro de las metas prioritarias de este decreto, se consignó entonces la necesidad de extender la capacidad instalada de todas las UCI a nivel nacional, de tal forma que en todo el territorio se alcanzará la suma de 15.596 camas, únicamente para la atención de la crisis. Igualmente, otras de las disposiciones consignadas en este Decreto, tienen que ver con la renovación y ampliación de la capacidad general en términos de: laboratorios, fábricas, establecimientos de producción, distribución y comercialización de medicamentos, así como

productos biológicos, para la alimentación, cosméticos, o bien dispositivos o elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, de tipo homeopático. Así mismo, se pretendía promover un aumento en la biotecnología de todo el sector salud para contribuir a esta reinversión del sistema dada la necesidad del contexto de la crisis.

Otro de los enfoques del decreto 538 de 2020 fue la ampliación de la inversión y los incentivos para el apoyo a la investigación médico-científica, igualmente en virtud de mitigar la emergencia sanitaria. Acto seguido, el decreto promovió también la exoneración de pago de tarifa estipulada para realizar estudios para la construcción de protocolos de investigación médico-científica. Sin embargo, pese a todas estas disposiciones, en cuanto a las modificaciones que tuvieron lugar específicamente en el funcionamiento de las UCI, se puede destacar que, durante el término de la crisis sanitaria, serían las Entidades Territoriales quienes a través de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE en adelante), asumirían el control de la oferta y disponibilidad de las camas en Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio correspondientes a cada territorio. En ese mismo sentido, otra de los cambios que tuvo lugar fue el hecho de que, durante el término de la pandemia, todas las entidades que ofrecen el servicio de UCI, debían rendir cuentas públicas sobre la ocupación de las salas en virtud de la atención a toda la población, en caso de que hubiere lugar a la remisión de pacientes de un lugar a otro por el mismo término de ocupación UCI en el territorio vecino.

Así mismo, en las adhesiones a la normativa que obedecen a una naturaleza financiera, se reformularon aspectos sobre giro de recursos. Sobre esto, el decreto pretendía promover que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES en adelante), pudiera hacer anticipos a las entidades, tanto públicas como privadas quienes ofrecen el servicio de UCI, específicamente cuando previamente haya sido solicitado por estas entidades, obedeciendo al aumento deliberado de la demanda de camas UCI. Esto se dispuso en función de garantizar que las entidades contarán con los insumos y recursos suficientes para poder seguir ofreciendo el servicio y por tanto contribuir al funcionamiento del sistema, que ya para mediados del 2020 yacía saturado debido al aumento de los casos Covid. (Nebreda et al., 2022).

La Dignidad Humana Dentro Del Ejercicio Médico Profesional

Hablar de los principios de la Dignidad Humana dentro del ejercicio médico profesional, requiere que se establezca su procedencia. La dignidad misma, ha sido marcada conceptualmente por los aportes que generó Immanuel Kant, pues a partir de las interpretaciones de sus narrativas, se ha podido afirmar que esta es el valor el valor intrínseco de la persona, derivado de una serie de rasgos que varían en función de los acontecimientos y es diferente para cada ser humano. (Ales 2020). La dignidad entonces ocupa un aspecto fundamental en la vida del individuo, brindándole la capacidad legitimadora de sí, y posteriormente, otorgando dominio de derechos que son inherentes a la consideración de persona, que ante un Estado resultan ser los Derechos Humanos.

En el campo de la bioética, cuando se habla de exigencia al respeto de la Dignidad Humana, se alude al reconocimiento de principios fundamentales y objetivos con base al respeto por la autonomía e individualidad de la persona, concebidos como instrumento para defender a la misma de acciones contrarias que pudiesen afectar su integridad (Melendo 1994). El derecho a la salud, y a su vez, a la vida digna, es un tema que puede generar controversia en la medida que, no se indague a cerca de la necesidad de protección de estos y las implicaciones que repercuten su sostenimiento de forma eficaz. De manera general, el cuerpo médico se involucra en dicho escenario con el fin de reivindicar situaciones de riesgo donde la Dignidad no se encuentre esclarecida. En este quehacer, es necesario resaltar el papel fundamental del Estado, al que por normatividad le compete incidir en estos ejercicios para garantizar servicios de calidad u otros aspectos que se involucran con el sostenimiento de la salud de las personas.

De acuerdo con Restrepo (2011) en la jurisprudencia del derecho colombiano, la dignidad es la base del Estado Social de Derecho, valor por el cual, el estado debe velar y garantizar el disfrute y el pleno desarrollo de esta sobre los derechos fundamentales de cada ciudadano. Desde la noción jurídica existen contradicciones entre el deber y el ser, pues las entidades de salud se encuentran constantemente más sometidas a demandas o acciones tutelares por incumplimiento a la prestación del servicio óptimo de salud. Es aquí entonces, donde surgen los cuestionamientos por los posibles actos de *mala praxis*. Dicho contexto, sumado a las condiciones laborales que sostienen los profesionales en el área de la salud y su

insatisfacción prolongada a partir de las crisis hospitalarias, hacen aún más complejo el camino a la prestación de un buen servicio hacia los usuarios (Gomez, 2008).

La vulneración a estos derechos, a partir del daño en la salud de una persona, como efecto del accionar profesional debido a la imprudencia, impericia, negligencia o por no cumplimiento de las normas jurídicas respectivas o por falta a los deberes profesionales, conocido como mala praxis, son entonces, todos aquellos actos que llevan al paciente a ubicarse en una posición de desventaja, toda vez, que no se llevan a cabo actos en función de mejorar su calidad de vida. (Tiffer, 2001). El paciente entonces se encuentra en la libertad de acudir a vías administrativas, penales o civiles para apelar ante efectos desventajosos en su contra. Las causas que llevan a que estos hechos tengan lugar, de acuerdo con Martínez (2011) pueden ser, el establecimiento de una mala relación entre el paciente y el médico, que puede ser originada gracias factores tales como la imprudencia, ignorancia, impericia, negligencia, e incluso el desconocimiento de los límites profesionales y reconocimiento del alcance de las especializaciones médicas que se salen del control del profesional.

Ante lo dicho, conviene resaltar que, la asistencia y cuidado médico basado en la humanización, se apoya de conocimientos científicos, es entonces, la capacidad técnica y relación profesional que se establece médico-paciente, lo que brinda la capacidad de entablar dinámicas amenas de manera objetiva y sin interferir en la óptima calidad de sus servicios. Al respecto, resulta conveniente resaltar lo que expresa Gadamer (1993)

La relación médico-paciente constituye el núcleo de la medicina y se ha visto afectada por la fragmentación especializada de la atención médica y la implementación de la eficiencia económica en la prestación de servicios de salud, que han hecho aparecer un modelo contractual de dicha relación, el cual es éticamente impropio debido a que no hay equidad de negociación entre el médico competente y el paciente desvalido (p.27).

Esta idea, comparte la noción expuesta con anterioridad a cerca de la responsabilidad estatal que debería hacerse cargo de que la prestación del servicio de salud sea menos dificultosa y se convierta en un sistema ágil para el paciente/usuario. Siendo la humanización la herramienta para velar por la Dignidad Humana del médico profesional, esta debe permear las instituciones de la salud, en las que no solo se busca defender los valores esenciales del

ser humano, sino que además se debe favorecer la calidad de los servicios de salud de forma igualitaria. De acuerdo con Thomasma (2000), cuando existen desigualdades de poder o recursos económicos, se prioriza el respetar y proteger la fragilidad y vulnerabilidad del otro, no obstante, la medicina, mediante su humanización lo que debe hacer es buscar y defender las necesidades de los pacientes o sus “intereses vitales” desde un enfoque de justicia social.

La vulneración al derecho de la Dignidad Humana, puede encontrarse reflejada, de acuerdo con Perazzo et al., (2015), en el aislamiento físico, psíquico y espiritual del paciente y del médico, pues por lo general la atención que se brinda por parte de los profesionales de la salud puede considerarse superficial, en la medida que, el trato no va más allá de una relación momentánea, el autor expone que las razones a ello pueden encontrarse dadas por el volumen de pacientes se atienden, además de una fragmentación en la atención médica y las numerosas especialidades que contribuyen significativamente a la descomposición y deshumanización de la atención al ser, sin un criterio unificante de la persona como guía del actuar, son sólo instrumentos que llevan a la "parcelación" del paciente.

El respeto es la consecuencia que comporta la dignidad y esta aparece como una realidad pre jurídica, que tiene su manifestación más palpable en los derechos humanos universales. Ante esto, se precisa de mencionar que La Declaración Universal de Bioética pone de manifiesto la promoción y defensa de la dignidad de la persona y de los derechos humanos universales entendiendo la dignidad como el fundamento de tales derechos. (Marin, 2014). Entre los objetivos fijados por la Declaración, específicamente en el art. 2.c se encuentra que es fundamental “promover el respeto a la Dignidad Humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos” encontrándose así, este instaurado con el fin cumplirse por medio de todos los entes y actores que hacen parte del ejercicio profesional médico.

Las recomendaciones que hace Romero (2014) acerca del tema y en pro de evitar todo tipo de escenarios donde al paciente se le sean vulnerados sus derechos, se basan en, de manera inicial, siempre Concebir al paciente como un sujeto de derechos, y no como un objeto de intervención, evitar las prescripciones anticipadas y mantener una comunicación basada en el respeto y en el interés hacia la integridad del paciente, además de procurar no

caer en infracciones del deber de cuidado o una imputación objetiva, pues estos últimos son considerados actos delictivos. En relación con lo dicho, Araya (2010) asegura que:

La responsabilidad profesional además de administrativa y disciplinaria, puede ser civil y penal. La responsabilidad civil se orienta al resarcimiento económico del daño. La responsabilidad penal, busca una sanción a la persona que ha delinquido; en el supuesto de la mala praxis, puede ser: multa, inhabilitación para el ejercicio de la profesión y prisión (p.294).

Por lo dicho, la labor médica puede ser considerada una profesión de alto riesgo, donde el mejor equipamiento para hacer defensa a la actividad del médico es la prestación de un servicio de calidad, integrando una relación médico-paciente oportuna y haciendo registros pertinentes y completos que den fe como material probatorio del respeto hacia los derechos del paciente sin recaer en incumplimiento de normatividades.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El concepto general de dignidad humana se refiere a una serie de estándares, principios y normas que respaldan la idea de que, debido a su humanidad, el ser humano posee la cualidad de merecer, de ser adecuado, de ocupar una posición prestigiosa o de alcanzar una excelencia que lo hace digno. Por lo tanto, el concepto de dignidad humana adquiere relevancia al reconocer la existencia, autonomía e individualidad del ser humano como elementos absolutamente intocables.(Lamm, 2018)

En este sentido, la importancia atribuida al cumplimiento de los principios que respaldan la dignidad humana se relaciona con la promoción del desarrollo completo de los individuos en la sociedad, el reconocimiento por parte de la sociedad de su singularidad y autonomía, así como el respeto por el fomento de estos dos aspectos en cualquier contexto social, incluyendo el ámbito médico. Por lo tanto, el discurso propugnado por la teoría de la dignidad humana se establece con el propósito fundamental de reconocer y afirmar los derechos humanos como una práctica inherente a los Estados y las sociedades en su conjunto.

Ahora bien, la relevancia que tiene la búsqueda de la mejora en materia de condiciones de dignidad humana al interior de las UCI's, obedece entonces a la necesidad de

darle cumplimiento a las garantías y derechos fundamentales que dotan de dignidad al paciente, quien además de merecer trato digno en virtud de estos principios de dignidad humana por el término de su humanidad, merece aún más un trato digno por el término de su imposibilidad física, que limita su individualidad y además hace que el sujeto esté necesitado de asistencia y cuidado médica oportuno y digno. (Castiglione, 2020)

Con lo que, en materia de Políticas Públicas en el Sector de la Salud en contexto internacional, los determinantes sociales de salud (DSS) se consideran un tema central y frecuente el análisis de los problemas de salud, lo anterior, en correspondencia de una interpretación de la salud como un compendio más amplio en el que se dimensiona el sujeto como parte de un sistema, así mismo, de una carga cultural y social, necesaria de entender para la construcción de políticas y estrategias que brinden garantías para el cuidado de la salud desde una integración social dinámica. Puesto que, los determinantes sociales de la salud pública en las agendas políticas hacen parte de una línea de trabajo posible de capitalizar desde la reflexión y la investigación para una intervención en salud pública, que permita la consecuente estimulación de los procesos de organización y de movilización que coadyuven y apoyen al proceso de transformación social. (Vinces & Campos, 2019)

Con lo que, la prospectiva y política pública para el cambio estructural en América Latina y el Caribe hace parte de un proceso complejo referente a la difusión y el conocimiento público una parte estratégica en la gestión pública en América Latina y los fundamentos para ello, junto a un panorama internacional del desarrollo de las organizaciones y los sistemas prospectivos. De modo que surge, la necesidad de respuestas de política internacional dado que los gobiernos juegan un papel clave en la prevención y respuesta a las crisis globales donde es de suma importancia la formación de capacidades mediante la cooperación internacional y la necesidad de coordinar esfuerzos conjuntos para el futuro.(Medina et al., 2014)

Bajo este espectro, a nivel nacional el desarrollo de las políticas públicas en función de la salud necesita de unos ejes temáticos para su entendimiento. Esto obedece, a que en Colombia algunos enfoques aplicados en salud, cuentan con una base neoclásico, igualitarista, y el de mercado; a su vez contempla un análisis de la concepción sobre la salud pública, lo que permite resaltar la necesidad del debate ideológico referente a la reforma

estructural del sistema de salud, por lo cual, generan un desarrollo progresivo en aspectos técnicos, instrumentales y de estrategias para implementar las redes integradas de servicios de salud y la atención primaria en salud, con el propósito de afianzar los sistemas integrados de salud. (Giraldo, 2012)

Con esta perspectiva, concibe la dignidad como un respeto incondicionado que merece todo individuo debido a su mera condición humana y asegura que desde el campo de la bioética y el bioderecho se indaga con gran prioridad lo que compete al respeto de los principios que dan lugar al cumplimiento de la dignidad humana. Con lo que, esta expresión enfatiza en el valor incondicional que posee todo individuo en razón de su mera condición humana, independientemente de su edad, sexo, aptitudes intelectuales, estado de salud, condición socio-económica, religión, nacionalidad, y que este valor exige, consecuentemente, respeto incondicional.

Desde el enfoque de la dignidad humana y su relación con la salud, es esencial considerar la situación en Colombia, especialmente en áreas de difícil acceso, como las zonas rurales. En estas regiones, se observa una marcada disparidad en comparación con las áreas urbanas, especialmente en términos de infraestructura básica. Esta disparidad pone de manifiesto la necesidad de reflexionar sobre un modelo de atención sanitaria que no tiene en cuenta las condiciones de vida de las poblaciones rurales. La falta de acceso a servicios de salud adecuados y a infraestructura básica en las zonas rurales socava la dignidad de los habitantes, ya que les impide gozar de un nivel de bienestar y calidad de vida adecuados. Esto es un problema grave, ya que la dignidad humana implica que todas las personas tienen el derecho fundamental a una vida saludable y digna.

Por tanto, para abordar esta situación es imperativo priorizar la mejora de las condiciones de salud en las zonas rurales. Esto implica no solo brindar atención médica accesible y de calidad, sino también abordar las desigualdades en infraestructura básica, como el acceso a agua potable y saneamiento adecuado. Al hacerlo, se respeta la dignidad de las personas que viven en estas áreas y se contribuye sustancialmente a mejorar sus condiciones de salud y bienestar. En última instancia, esto no solo es necesario, sino que también es un deber ético y social que debe abordarse de manera prioritaria en Colombia.

Lo anterior, en beneficio de la universidad de la salud en Colombia especialmente en contextos complejos donde el acceso es limitado, fenómeno evidenciado en las zonas rurales, de modo que, resulta evidente y necesario visibilizar que en el país los rezagos del sector rural comparado con el urbano, en condiciones como infraestructura básica son notorios, lo que conduce a una reflexión acerca de un modelo de salud que no tiene en cuenta las condiciones de vida de las poblaciones y, por lo tanto, no contribuye sustancialmente a la generación de cambios para las condiciones de salud de los individuos, lo que, resulta preocupante y sugieren sea trabajado con prioridad. (Rodríguez-Triana et al., 2016)

De modo que, las políticas de salud vistas como un campo de estudio transdisciplinar, quien asegura que la construcción de este estudio desde dicho campo permitiría vincular enfoques críticos para comprender la justicia social a partir de teorías emergentes sobre el reconocimiento y las capacidades en diferentes esferas de la vida social, adicionalmente, contempla la idea de que los análisis de política sanitaria requieren algunos elementos como la medición, descripción y participación política con políticas de reconocimiento frente al escenario sanitario para así generar conciencia frente a capacidades y derechos humanos fundamentales. (Ortega Bolaños, 2018)

Así las cosas, direccionando la mirada hacia el principio de la dignidad humana, es posible considerar su impacto en el sector de la salud; puesto que, la noción de dignidad humana desde una visión filosófica y moralmente desde la civilización occidental moderna exige una reformulación del sentido que consigo trae diferentes perplejidades entre los principios morales y el derecho legal justiciable de los Derechos Humanos en las democracias contemporáneas. Con esta idea, surge sintetizar que “cuando las personas viven con indignidad o con el conocimiento de que para ejercer sus derechos se arriesgan a la indignidad, son incapaces de hacer efectivo el uso de la razón como vía de reivindicación de sus reclamos morales a la violación de los DDHH.” (p.183). Por tanto, la generación de estos escenarios y como ante la ley, se corre el riesgo de sufrir o correr el riesgo de la indignidad que no permite la integridad necesaria para el desarrollo de una autonomía racional en los individuos. (Delgado, 2020)

Por otro lado, las concepciones de dignidad humana y los derechos humano tienen dentro de su misma base una complejidad consecuencia del orden jurídico y dimensional

práctico que implica cada uno de ellos, lo que le brinda al ser humano y a la sociedad, concebir una forma de respetar las facultades que se le otorgan en función de sus necesidades de vida. Por otra parte, el significado que se le otorga a esta dignidad se enlaza al cumplimiento de esos derechos que ya se poseen, siendo ambos, pilares de la vida individual. (Aldana Zavala & Isea Argüelles, 2018)

Por el lado de Fuentes et al., (2019) se tiene un análisis jurisprudencial sobre el derecho a la salud en Colombia, donde se ahonda en el principio de la dignidad humana desde la concepción del Estado Social de derecho, lo que conlleva un análisis de la naturaleza jurídica actual y la evolución del derecho a la salud a la luz de la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana, cuyos hallazgos le permiten a los autores asegurar que se evidencia la evolución de la naturaleza jurídica del derecho a la salud en el ordenamiento jurídico colombiano, por lo cual se infiere que este derecho es complejo debido a la diversidad de obligaciones que conlleva para el Estado y la sociedad la búsqueda de su aplicación efectiva.

Por su parte, León (2020) considera importante trabajar sobre las complejidades que tiene la dignidad humana en la era digital, por lo que aborda su trabajo considerando que el derecho a la dignidad humana como cualidad intrínseca del ser humano, en esta era digital impone demandantes desafíos a los Estados en el contexto del Estado constitucional y convencional, dado que considera que existe un impacto por parte de la tecnología en los derechos humanos refugiados en la libertad de expresión que permean el respeto a los seres humanos. En su análisis el autor establece que en un Estado de derecho es imprescindible evitar la naturalización de tales actividades desprovistas de control y límite, así, como también, hace un llamado a la comunidad, dado que como colectivo se debe repensar el contenido y alcance del derecho a la privacidad en línea.

Una mirada similar se aprecia dentro de los aportes de Beltrán y Carvajal (2019), quienes exponen que la calidad de la prestación de los servicios médicos dentro de las unidades de cuidados intensivos en el contexto colombiano, se pueden ver parcialmente afectadas o enfrentar un cierto letargo por el término de las diferentes causales de agotamiento laboral a los que ordinariamente son sometidos los trabajadores del sector salud en Colombia. En ese sentido, enfatizan en que el agotamiento y las variables que lo

promueven, comprometen sustancial y categóricamente la eficiencia y calidad de la atención en UCI. Ahora bien, otra perspectiva que expone diferentes limitaciones que enfrenta la calidad de los servicios y la prestación que de estos se hace dentro de las UCI, tiene que ver con las dinámicas del clima organizacional o laboral que enfrentan y caracterizan a las entidades prestadoras de dichos servicios médicos.

Sobre esto, Aguirre et al., (2017), sustentan una tesis que desvela las múltiples razones por la que el clima laboral afecta la prestación del servicio. Esto naturalmente obedece a aspectos como la motivación laboral, la disposición en torno al trabajo, el conocimiento de la labor, la satisfacción general; entre otros derivados o similares.

Luego, López y Cuartas (2019), caracterizan algunos aspectos asociados a la eficiencia a la calidad del servicio médico partiendo de la base del Triage como primer factor de identificación o filtro para comprender las necesidades inmediatas o inminentes de los pacientes previo a los servicios de atención médica. Dentro de sus estudios exponen que de la figura del Triage depende posteriormente la calidad general del servicio porque técnicamente incluye un análisis particular sobre las necesidades de los usuarios, así como un análisis integral de los recursos y espacios disponibles para la asignación del servicio. Entienden entonces que cuando existen dificultades o alteraciones dentro de los procesos de Triage, se compromete seguidamente todo el proceso de atención en salud.

Igualmente, de los componentes que comprometen la calidad de los servicios de atención en salud y que por tanto disminuyen la posibilidad de tener un trato digno al interior de los centros médicos, Lozano et al., (2020), aducen que la falta de rigor y procedimientos pertinentes para la depuración, esterilización y limpieza de los sitios críticos de atención médica, como lo son las UCIs, los quirófanos y las salas dispuestas para la atención de urgencias; terminen comprometiendo la salud e integridad de los usuarios en la medida en que acrecienta la posibilidad de padecer enfermedades o contagiar infecciones al interior de los centros médicos. No obstante, Núñez (2021) presenta un enfoque de cumplimiento de parámetros de calidad más bien orientado a la capacitación y formación del profesional en salud y el personal que brinda la atención en servicios de salud. Por lo tanto, expone que el contexto generado por la pandemia del Covid-19 permitió corroborar que las competencias con que se cuenta a nivel nacional para la atención en salud en las UCI, es precaria. En ese

contexto, la Universidad Santiago de Cali, bajo una prospectiva de mejoramiento de la atención y cuidado del paciente en situación clínica de UCI, lanza el Diplomado en Cuidado del Paciente en Estado Crítico.

Ahora bien, en torno a la variable de Atención de los servicios en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI en adelante), se evidencia una serie de investigaciones realizadas que aportan elementos relevantes sobre el proceso evolutivo, los factores relevantes, indicadores de medición de la calidad y demás. En ese sentido, se encuentra la investigación realizada por Padovani (2014), quien elabora una serie de indicadores de resultado para la evaluación de la calidad en las UCI, siendo éstos susceptibles de generalización, fáciles de aplicar, mantienen su vigencia en diferentes entornos y reflejan la realidad de los elementos de la calidad en la unidad en la que se apliquen.

Bajo este espectro, Zárate et al. (2015) y García et al., (2017) realizan un aproximamiento a la realidad experimentada por los pacientes en su transcurrir dentro de la UCI, donde los primeros autores destacan que la atención a la salud a veces puede representar un riesgo para los pacientes, que puede derivar en daño físico, psicológico, social, económico, e incluso la muerte, denominando estos sucesos como eventos adversos; a su vez, García et al., (2017) realiza unos aportes en torno a la evolución del servicio de cuidados intensivos, a partir del surgimiento del paciente crítico, de igual forma, en su investigación realiza una crítica a los usos y al mal uso de las UCI y expone el impacto económico de las mismas en el sistema de salud, finalmente propone una serie de soluciones para mejorar la eficiencia.

Por otro lado, a nivel nacional se identifican dos investigaciones, la de Castell y Ruiz (2014), quien expone un recorrido histórico de la atención en UCI en Colombia, la cual parte de la necesidad de seccionar el cuidado de los pacientes críticos, donde el avance tecnológico y científico, además de la generación de nuevo conocimiento se consolida como un aspecto de mejoría en las prácticas médicas, sin embargo, estas mismas transformaciones han impactado en la cantidad y calidad del recurso humano. Anexo a ello, Sarmiento et al., (2016) aborda la atención en UCI a partir de los criterios de admisión y egreso para las unidades pediátricas en Colombia, donde los autores resaltan en primera medida las limitaciones que presenta el servicio y por ende la necesidad de contar con una serie de criterios para adquirir

este servicio de cuidados intensivos, dado que en esta zona se encuentra el personal más capacitado y la mejor tecnología en búsqueda de lograr la estabilización del paciente.

El servicio de salud en Colombia presenta una situación de precarización, siendo este deficiente ante las demandas de la población, lo cual repercute de manera directa la atención brindada durante la estancia de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos, dado que esta área se encuentra sujeta a aspectos de tipo estructural, como la infraestructura del centro asistencial, la formación de los profesionales a cargo y las orientaciones administrativas. En ese orden de ideas, de acuerdo con la revisión de la literatura, es posible identificar que ha sido de interés a lo largo del siglo XXI, la construcción de un servicio médico bajo un enfoque humanizado, donde la Dignidad Humana prime, dejando atrás antiguos paradigmas y formas de intervención impersonales y cosificadoras. Además, se hace énfasis en la necesidad de generar empatía a través de los procesos de formación de los profesionales del área de salud, así como el establecimiento de estrategias para mejorar y potencializar los servicios brindados en la unidad de cuidados intensivos.

En ese orden, en un primer momento de la investigación se encontró que aquellos principios de Dignidad Humana que determinan la capacidad de brindar un servicio humanizado por parte del sistema de salud en general, pero específicamente por parte de las Unidades de Cuidado, se relacionan directamente con la definición de canales de comunicación asertivos entre el personal encargado y los clientes. Esto repercute, por ejemplo, en el desarrollo de capacidades por parte del personal médico como: la escucha y la empatía, que, en conjunto con el conocimiento técnico, médico y científico, permiten diseñar un sistema de atención en salud para estas áreas enfocado en la identificación y priorización de las necesidades de los pacientes.

Sobre esta base, los principios específicos de promoción de la dignidad humana en las UCI de los cuales se tuvo conocimiento fueron: eliminar las restricciones excesivas de visitas de familiares, la comunicación por parte del personal de las UCI, la presencia y la participación de los familiares durante la estancia del paciente en el Centro Asistencial y finalmente, la posibilidad de construir una infraestructura general del servicio en óptimas condiciones, procurando así como fin último que ello tenga efecto sobre la mejora en la

atención de los pacientes en todo sentido, y por tanto, promueva una mejora desde el punto de vista de la dignidad humana.

En una segunda fase de la investigación, en donde el objetivo era contextualizar a cerca de las normativas, políticas públicas, lineamientos y precisiones sobre el funcionamiento básico de las UCI, se pudo encontrar en primera instancia que existen definidos una serie de parámetros técnicos y operativos. Estos empiezan con la garantía de que el personal que opere en estas áreas de cuidado tenga la capacitación suficiente y los conocimientos mínimos requeridos para ofrecer un servicio en salud de calidad en el marco de las Unidades de Cuidado Intensivo.

Así mismo, se encontró que las condiciones físicas e infraestructurales de las UCI están debidamente definidas y especialmente pensadas para ofrecer un servicio de atención personalizado, sobre la base y el entendimiento total de la gravedad del estado de salud en que están los pacientes allí internos. Además de las capacidades tecnológicas adicionales de las cuales requieren las UCI en términos de infraestructura y medioambiente (condiciones físico-técnicas), se encontró que existe todo un estándar definido tanto en lo anterior, como en lo referente a las especificaciones biomédicas con las que deben contar los centros que ofrecen servicio de Cuidado Intensivo. No obstante, se encuentra que todos estos estándares no yacen precisamente consignados o amparados en alguna normatividad vigente, sino más bien estas regulaciones empiezan a tener lugar y a tomar forma en el marco de la crisis sanitaria mundial ocasionada por la pandemia del Covid-19.

En ese sentido, se destaca como principal adhesión al marco normativo vigente en materia de cuidados intensivos al Decreto 538 del 2020, a través del cual se promoverían una serie de cambios estructurales al interior de las UCI en virtud de gestionar las mejores formas posibles de adaptar las condiciones físicas e infraestructurales con que contaba el Sistema de Salud antes de la crisis sanitaria. Estas modificaciones naturalmente tuvieron que ver con elementos como: la facilitación en el giro de los recursos por parte de la Administradora de Recursos ADRES, así como la exoneración de diferentes cobros a personas que por motivos de salud necesitase un dictamen o evaluación médica. Otra de las contribuciones del decreto fue el hecho de promover la investigación científica en función de mitigar la crisis.

Finalmente, en cuanto a los hallazgos de los efectos producidos a partir de la no inclusión de principios de Dignidad Humana, se encontró principalmente que esto repercute, primero: sobre la calidad general de la atención y los servicios UCI ofrecidos a los usuarios del Sistema y segundo y más importante: sobre el cumplimiento y garantía del derecho al acceso a un esquema de salud eficiente, confiable y efectivo, desde la perspectiva de la salud como un derecho, pese a los agudos procesos de privatización que han tenido lugar en el Sistema de Salud colombiano. Además, en dichos hallazgos también se consideró que la no inclusión de estos principios promueve la consolidación de un ambiente de atención en salud deficitario, en donde paulatinamente los pacientes se ven inmersos en procesos de aislamientos físicos, emocionales y espirituales, en la medida en que no se sienten verdaderamente cuidados, atendidos y priorizados, además de que no existe comunicación constante, entre otros factores.

El enfoque de una política pública orientada hacia la dignidad humana plantea desafíos significativos en el ámbito de la atención médica, especialmente en lo que respecta a la gestión de cadáveres de pacientes diagnosticados o con sospecha de COVID-19. Estos desafíos se hacen más evidentes en las prácticas de los profesionales de la salud en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y en los procedimientos generales para la disposición de los cadáveres. La restricción del acceso de los familiares a los cuerpos debido al riesgo de contagio genera un conflicto entre la dignidad humana y las medidas de seguridad en salud pública. Por tanto, el conflicto se encuentra reflejado en la Sentencia 318/21, donde la parte demandante argumenta que se han vulnerado los derechos relacionados con la diversidad étnica y cultural, así como la libertad de culto, al denegar la exhumación y entrega de los restos humanos para llevar a cabo rituales funerarios de la comunidad indígena. La denuncia enfatiza la necesidad de llevar a cabo prácticas funerarias apropiadas para los miembros de la comunidad indígena que fueron admitidos en las UCI y posteriormente fallecieron.

A pesar de que los ciudadanos tienen el derecho de solicitar la exhumación de un cadáver basándose en razones de parentesco o pertenencia a un grupo étnico específico, la negación de este derecho se justifica en base a directrices internacionales destinadas a prevenir la propagación del virus y proteger a la población en general. Estas directrices cuentan con el respaldo del Ministerio de Salud (MINSALUD), que en su manual

"Orientaciones para el Manejo, Traslado y Disposición Final de Cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19)" establece que un cadáver sin resultados de prueba de COVID-19 debe ser considerado sospechoso y se recomienda la cremación como la opción preferida para la disposición de los cadáveres en esta categoría. En el caso de las comunidades indígenas, el Ministerio sugiere limitar las prácticas funerarias a "un acompañamiento espiritual o rituales simbólicos".

Lo anterior, ilustra la tensión entre el respeto a la dignidad humana y la necesidad de tomar medidas de salud pública en el contexto de la gestión de cadáveres durante la pandemia de COVID-19. En última instancia, la solución ideal deberá encontrar un equilibrio entre estos dos imperativos y ser el resultado de un diálogo colaborativo entre todas las partes involucradas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ales Uría, M. (2020). La dignidad humana y el derecho de disposición sobre el propio cuerpo. Reflexiones a partir del rechazo de tratamientos médicos y los acuerdos de maternidad subrogada. *Dikaion*, 29(1), 39-65.
- Aguirre Idrobo, C. M., Corral García, A. M., González Castrillón, E., Ledesma Gónima, M. Á., & Muñoz Ledezma, G. (2017). Determinación del clima organizacional en instituciones prestadoras de servicios de salud de Santiago de Cali, Unidad de Cuidados Intensivos DUMIAN MEDICAL los Chorros y Clínica Odontológica PROSTDENT.
- Andorno, R. (2012). El principio de dignidad humana en el bioderecho internacional. *Enciclopedia de Bioética*, disponible en <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/184-el-principio-de-dignidad-humana-en-el-bioderecho-internacional> (fecha de acceso: 19 de abril de 2018).
- Araya, Susana (2010) La culpa penal de los profesionales en medicina por mal praxis. San José. Universidad de Costa Rica, tesis de Licenciatura en Derecho.
- Ariza, C. (2011). Scielo. Retrieved from Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16657063201200010006
- Beltrán Salazar, Ó. (2009, Jun). <http://www.scielo.org.co>. Retrieved from La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003
- Beltrán, J. M., & Carvajal, A. B. (2019). Agotamiento profesional en personal de enfermería y factores de riesgo psicosocial. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(4), 501-508.
- Bermejo, J. (1998). Humanizar. Retrieved from *Estres y Burn-out en los profesionales de la salud de unidades de cuidado crítico*:

http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_Estres_y_burn-out.pdf

Castell, C. D., y Ruíz, G. O. (2014). La atención médica en la unidad de cuidado intensivo en Colombia. *Acta Colomb Cuid Intensivo*, 3, 5-7.

Ceballos, J. (2010). Una estrategia de capacitación de los actores comunitarios para la atención a los estudiantes que no cumplen con los deberes escolares desde el Sistema de Prevención y Atención Social (Doctoral dissertation, Universidad de Ciencias Pedagógicas Rafael María de Mendive).

Corporación de Estudios Superiores Salamandra. (s.f). Diplomado de Unidad de Cuidados Intensivos. *Personería Jurídica N° 11104*. Ministerio de Educación Nacional de Colombia.

Cortes, J. (2015). Universidad CED. Retrieved from Aporte de la humanización a los servicios de salud en la E.S.E. en el área de urgencias del Centro Hospital Divino Niño de San Andrés de Tumaco:
http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4253/1/Salud_E.S.E_hospital_divino_nino.pdf

Delgado Parra, C. (2020). Perplejidades de la dignidad humana en el marco de los derechos humanos. *Praxis Filosófica*, (50), 161-186.

Departamento Administrativo de Función Pública y Presidencia de la República. (2020). Decreto 538 del 2020. Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.

Fernández, C., & Baptista, L. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. *RH Sampieri, Metodología de la Investigación*.

Franco, Á. (2012). Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Revista Gerencia y políticas de salud*, 11(22), 28-42.

- Fuentes, C. A. P., Peñaloza, F. A. H., Castañeda, K. L., y Calderón, D. F. C. (2019). Análisis jurisprudencial del derecho a la salud en Colombia. *Academia & Derecho*, (19), 87-12.
- Gadamer H. (1993). El estado oculto de la salud. En: *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa. p. 119-32.
- García, C. R. A., y Torres, C. M. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica*, 31(3), 171-173.
- Gallardo Solarte, K., Benavides Acosta, F. P., & Rosales Jiménez, R. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Revista ciencias de la Salud*, 14(1), 103-114.
- Gómez Gallego, R. (2008). La dignidad humana en el proceso salud-enfermedad. Editorial Universidad del Rosario.
- Gómez, L. (2015). Recercat Dipòsit de la Recerca de Catalunya. Retrieved from El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia:
https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/253926/Llu%C3%ADs_G%C3%B3mez_G%C3%B3mez.pdf?sequence=1
- González Mojica, M. E. (2021). La humanización del cuidado intensivo. Universidad EAN. Bogotá, Colombia.
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta. *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*.
- Joven, Z. (2017). Universidad Nacional de Colombia. Retrieved from Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería:
<http://bdigital.unal.edu.co/56941/7/zulimilenajovenbeltran.2017.pdf>
- Lamm, E. (2017). La dignidad Humana. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- León Batista, H. A. (2020). La dignidad humana en la era digital. *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano*, 671.

- López López, G. D., & Cuartas Cadena, M. (2019). Análisis de la calidad del sistema de Triage en el servicio de urgencias a través de la revisión de literatura nacional e internacional entre los periodos 2009-2019.
- Lozano Paya, M. F., Rodríguez Leiton, D., & Suarez Mondragón, V. (2020). Monografía: Estado del arte de las infecciones en el sitio operatorio, 2010-2019.
- Martínez, M. (2011) La graduación del deber de cuidado en el delito culposo por actos de mala praxis médica. Centro de estudios de derecho penal, Universidad de Talca, revista Política criminal, No.16.
- Medina, V., Becerra, S., y Castaño, P. (2014). Prospectiva y política pública para el cambio estructural en América Latina y el Caribe, Libros de la CEPAL, N° 129 (LC/G. 2622-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Tiempo y Espacio, (43), 86-88.
- Maldonado, C., & Morales, M. C. (2008). Complejidad de la salud: interacciones entre biología y sociedad. Repensando la naturaleza social de la salud en las sociedades contemporáneas. Perspectivas, retos y alternativas. Universidad Nacional de Colombia, 96-108.
- Marín Castán, M. L. (2014). En torno a la dignidad humana como fundamento de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. Revista de bioética y derecho, (31), 17-37.
- Melendo, T. (1994). Dignidad humana y libertad en la bioética. Cuadernos de bioética, 1(2).
- Núñez, S, I. (15 de mayo de 2021). Diplomado “Cuidado del paciente en estado crítico – UCI”. Universidad Santiago de Cali. Unidad de Comunicación.
- Nebreda-Mayoral, T., Miguel-Gómez, M. A., March-Rosselló, G. A., Puente-Fuertes, L., Cantón-Benito, E., Martínez-García, A. M., ... & Orduña-Domingo, A. (2022). Infección bacteriana/fúngica en pacientes con COVID-19 ingresados en un hospital de tercer nivel de Castilla y León, España. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 40(4), 158-165.

- Ortega, J. A. (2020). Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar. *Revista de Salud Pública*, 20, 649-654.
- Padovani Cantón, A. M. (2014). Indicadores de resultado para la evaluación de la calidad en Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 18(3), 441-452.
- Perazzo, G., Aza Archetti, C., Mendoza, G., Bravo, G., Ramírez, S. M., Mollar, E., & Vázquez, A. (2015). La deshumanización en la atención profesional: ¿vulnera el derecho a la intimidad?
- Ramírez, C., & Myriam Parra. (2011). Universidad Nacional de Colombia. Retrieved from *Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos*:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861>
- Restrepo, A. (2011). Acercamiento conceptual a la dignidad humana y su uso en la Corte Constitucional colombiana *Revista Diálogos de Derecho y Política*, 2(6), 1-19.
- Rodríguez-Triana, D. R., y Benavides-Piracón, J. A. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 359-371.
- Romero-Pérez, J. E. (2014). Apuntes sobre la mala praxis médica. *Revista de Ciencias Jurídicas*, (135).
- Sarmiento-Guzmán, M. P., Pardo-Carrero, R., Jaramillo-Bustamante, J. C., Fernández-Laverde, M., Guzmán-Díaz, M. C., Izquierdo-Borrero, L. M., ... y Benavidez, M. V. (2016). Criterios de admisión y egreso para las unidades pediátricas de cuidados intensivos e intermedios en Colombia. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 16, 1-8.
- Thomasma, D. (2000). The Vulnerability of the Sick. *Bioethics Forum*. 16 (2): 5-12
- Tiffer, Carlos (2001) Mala praxis y sus consecuencias penales (San José: *Revista de Ciencias Penales*, No. 19) Responsabilidad penal por la mala praxis. Estudio sistemático de casos.

Vinces-Centeno, M. R., & Campos-Vera, N. A. (2019). Determinantes sociales de la salud. *Políticas Públicas. Dominio de las Ciencias*, 5(1), 477-508.

Zárate-Grajales, R., Olvera-Arreola, S., Hernández-Cantoral, A., Corral, S. H., Sánchez-Angeles, S., Labastida, R. V., ... y Zapién-Vázquez, M. A. (2015). Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. *Enfermería universitaria*, 12(2), 63-72.

Zavala, J. J. A., y Argüelles, J. J. I. (2018). Derechos Humanos y Dignidad Humana. *Iustitia Socialis: Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas y Criminalísticas*, 3(4), 8-23.