Globethics Repository



Aspectos bioéticos de un modelo de atención odontológica [Bioethical aspects of a model of dental care]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Ovalle Góvez, Constanza Eugenia
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-09 17:53:35
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215566

ASPECTOS BIOÉTICOS DE UN MODELO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Constanza Eugenia Ovalle Gómez
Odontóloga

INTRODUCCIÓN

Con éste trabajo se pretende dar las pautas para el diseño de un modelo de atención odontológica teniendo en cuenta la Ley 100 de 1993, en la búsqueda de la optimización de los recursos existentes y el cumplimiento de los fundamentos de la Bioética y la calidad en los servicios de salud.

Se parte de una concepción en la que la promoción y la prevención deben ser el punto inicial de cualquier enfoque en salud oral, lo que en otras palabras quiere decir, que los programas que tradicionalmente han sido meramente curativos, es decir, aquellos que fijan sus parámetros de atención hacia la enfermedad, deben girar 180 grados buscando que lo sano determine los criterios en los diferentes servicios. Actualmente y en el mejor de los casos, cuando se incluye la mirada preventiva en los programas, éstos terminan acogiéndose al modelo biomédico[1].

El propósito fundamental es pues, el de mostrar algunos de los factores de la Ley 100 que nos sirven de criterios o parámetros en la prestación del servicio para una población cualquiera, dentro de un plan de acción "salud para todos

1. LEY 100., (1993). Sistema de Seguridad Social Integral. En: Libro Segundo: Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia.

en el año 2001, independientemente de su condición social, política, económica, cultural, etc."[2].

Esta pretensión es considerada como un reto en el que las diferentes comunidades conscientes de que los recursos nunca serán suficientes, deben planear sus programas de acuerdo a la detección de problemas y dificultades, propias de sus comunidades, y de las actividades educativas. Estas comunidades deben comprometerse con la búsqueda del bienestar y la satisfacción de las necesidades básicas de todos lo hombres.

Para la consecusión de ese bienestar, las diferentes sociedades han pactado proteger unos mínimos denominados "Derechos Humanos de primera, segunda y tercera generación". La protección de los mínimos de primer orden; derechos civiles y políticos: derecho a la vida, a la salud (integridad física), a la libertad y a la propiedad, dependerán de un Estado que garantice las condiciones favorables para que se puedan proteger y amparar a los individuos de la sociedad quienes pueden ser vulnerables.

Dworkin manifiesta que todo individuo tiene derecho a la salud. Sin embargo, en un contexto donde se considera que hay un límite en los recursos y estos son escasos, y donde además compite la atención de la salud con otros bienes como los de economía, educación, recreación, protección etc, entonces tendríamos que necesariamente priorizar el gasto, y preguntarnos por el criterio que, nos asegure una adecuada gestión del gasto.

La respuesta a este interrogante nos conduce en un primer momento a un análisis de los factores que influyeron en el desarrollo de las políticas en salud actuales como:

- Concepto de salud-enfermedad hacia un modelo curativo

2. GRACIA , Diego., (1.997). Limitación de Prestaciones Sanitarias, En: Actas de la Jornada Organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud, celebrada el 26 de junio de 1996. Madrid: Ediciones Doce Calles.

- Relación Médico/Odontólogo/Paciente dentro de una construcción moral y en la era de la medicina gestionada
- Antecedentes de las actuales políticas en salud (Ley 100) y sus implicaciones éticas
- Concepto de Justicia distributiva dentro de un sentido de equidad

Es necesario partir de unos criterios que pueden ser tomados de los aportes de los anteriores factores y en el marco de la Bioética. Por otro lado, se pretende proponer un modelo de atención dirigido a núcleos poblacionales semi-cerrados, como son los Municipios, basados en los fundamentos de calidad en los servicios de salud. Se requiere además, lograr coberturas poblacionales sin fracturar económicamente a los administradores y prestadores del servicio teniendo en cuenta las implicaciones éticas, partiendo del análisis de las siguientes premisas:

- Los programas planteados en términos curativos, se hacen olvidando el punto de vista de la salud, lo que genera un alto costo tanto humano como técnico/científico; el resultado es un encarecimiento de los servicios, una disminución de la posibilidad de acceso al servicio y lo que es más grave, la pérdida de la perspectiva salud-enfermedad, que desdibuja completamente el concepto de salud, en detrimento de la salud misma.

- Hasta donde el incremento de los costos en los planes de salud hace hoy necesario el establecimiento de criterios de contención del gasto o limitación de prestaciones[3].

- Aún cuando la gestión en las instituciones de salud tenga que hacerse buscando la máxima eficiencia, hay que mantener el principio de que la prestación de un servicio en salud no es un simple negocio sino que la función del profesional es la de conseguir el mayor bien para el paciente[4].

3. PELLEGRINO, Edmundo., (1.997). El Médico como Gestor de Recursos: la Asistencia Sanitaria desde la Ética y la Economía. En: Actas de la Jornada Organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud y celebrada el 26 de junio de 1996, Madrid. Ediciones Doce Calles.
4. SIEGLER, Mark., (1.997). La Relación Medico-paciente en la Era de la Medicina Gestionada, Limitación de Prestaciones Sanitarias. En: Actas de la Jornada organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud y celebrada el 26 de junio de 1.996, Madrid. Ediciones Doce Calles.

- Se debe controlar el uso de técnicas o tratamientos que no tengan un beneficio evidenciable en el paciente, buscando la racionalización del uso de los servicios.

- La dinámica del mercado ha transformado la relación odontólogo/ paciente. A propósito Mark Siegler describe tres períodos: la era del paternalismo, la era de la autonomía y la que hoy en día es materia de discusión, la era de la burocracia[5].

- Un cambio en el paradigma exige una mirada biopsicosocial de la enfermedad dejando de lado el modelo biomédico.

ANTECEDENTES

Concepto de salud/enfermedad, hacia un modelo curativo

Históricamente la enfermedad ha tenido una mayor importancia para el médico, lo que se ha traducido en un enfoque curativo, es decir, se centra la atención en lo que se encuentra enfermo dejando de lado la salud, es por esto que profesiones como la Odontología crean especialidades cada vez más encaminadas a una rehabilitación de las estructuras lo que ocasiona altos costos, pues requieren de una alta tecnología.

Iniciaré por identificar aquellos momentos más relevantes en los que se han dado diferentes interpretaciones a la enfermedad. Para Pedro Lain Entralgo se puede distinguir tres períodos:

5. GIL, Luis., (1.969). *Therapeia, La Medicina popular en el Mundo Clásico.* Madrid: Ediciones Guadarrama. lope de fueda.
Ver a propósito el planteamiento en próxima publicación: Varios., (1.999). Panorama Bioético, Salud Cuerpo y Enfermedad. En: Colección Pedagogía y Bioética. SanteFé de Bogotá. Universidad El Bosque.

- Mítico (castigo divino por un pecado cometido),
- Azar fortuito; desafío al poder del hombre, y
- Prueba; debido a que la enfermedad sólo la reciben los justos en la espera de los beneficios que serán retribuídos después de la muerte. (cristianismo)[6].

Las anteriores miradas se enmarcan en lo que se considera paradigma antiguo. Dicho paradigma se da en tres momentos: en las culturas antiguas, y perdura en las culturas primitivas actuales, en la medicina técnica griega y en la medicina de la edad media. Las diferentes percepciones acerca de la salud-enfermedad tienen en común algo que es característico del pensamiento occidental; son dualistas, y además, se explican o se expresan simbólicamente a través de fenómenos de tipo sobrenatural, cuyas causas son: naturales, morales, religiosas.

Por ejemplo, observamos cómo para el conocimiento mítico la enfermedad es un castigo mientras que la salud es posible gracias a la armonía con los dioses. Para el pensamiento racional de la médicina técnica, la enfermedad, es un desequilibrio mientras que la salud es el equilibrio, y por último para el cristiano la enfermedad además de significar pecado como en las culturas antiguas, también significa la posibilidad de pagar las culpas con la la promesa de una felicidad eterna, resultado de una sobrevaloración del alma a expensas del menosprecio del cuerpo.

---

6. Podemos resumir el pensamiento sistémico en la idea del todo en lugar de las partes, Los sistemas vivos son totalidades integradas cuyas propiedades no pueden ser reducidas a las de sus partes más pequeñas. Sus propiedades esenciales o sistémicas son propiedades de conjunto, que ninguna de las partes tiene por sí sola. Emergen de las relaciones organizadoras entre las partes, es decir, de la configuración de las relaciones ordenadas que caracteriza aquella clase específica de organismos o sistemas. Las propiedades sistémicas quedan destruidas cuando se disecciona en elementos aislados. A través del mundo viviente nos encontramos sistemas dentro de sistemas, y en cada nivel, los fenómenos observados poseen propiedades que no se dan a niveles inferiores. Las propiedades de las partes no son propiedades intrinsecas y sólo pueden entenderse desde el contexto de todo lo mayor. Por tanto el pensamiento sistémico es un pensamiento contextual, y puesto que la explicación en términos de contexto significa la explicación en términos de entorno, podemos también afirmar que el pensamiento sistémico es un pensamiento medioambietal Capra, Fritjof., (1998). *la Trama de la Vida*. Barcelona: Ediciones Anagrama.

En el paradigma moderno el médico en su afán de validar su quehacer desde parámetros de las ciencias naturales, le da a la historia clínica una gran importancia, porque gracias a ella, se puede formular una metodología de carácter científico que le permite el diagnóstico de las patologías.

En la nueva empresa del médico es indispensable que se transforme el concepto de la enfermedad, ya que las explicaciones anteriores no son suficientes. El hombre es capaz de descubrir las razones por las cuales el individuo se enferma a través de la observación cuya historia ha sido gradual en la medicina: primero una observación de las estructuras anatómicas (mentalidad anatomaclínica), luego una observación del comportamiento del organismo (mentalidad fisiopatológica) y por último una observación que se detiene en la relación del hombre con el medio ambiente (mentalidad etiopatológica).

Este enfoque netamente biomédico perdura hasta nuestros días. Sin embargo, en los años 70 el médico George Engel hace una síntesis de la medicina y una crítica a la misma, motivado al parecer por el conocimiento de la teoría general de sistemas (TGS)[7] propuesta en la década de los 40, por el biólogo austríaco Ludwig Von Bertalanffy, quien la define cómo un conjunto de elementos organizados con una finalidad (Bertalanffy, 1982).

Para Engel la razón de la crisis de la medicina se resume en la siguiente frase:

"Toda la medicina está en crisis, debido a la adherencia a un modelo de enfermedad que no es adecuado a los temas científicos y a las responsabilidades sociales de la medicina".

7. La teoría general de sistemas nació como resultado de la crisis de las ciencias. El conocimiento producto de la mente humana, lleva al desarrollo y a la organización social. A su vez el conocimiento crece. El comportamiento de cada individuo se explica por la composición y funcionamiento de más bajas a más pequeñas estructuras por las cuales está compuesto. Es un estado de equilibrio u homeostasis. El sistema tiene un abanico de posibilidades que va desde la biosfera hasta la molécula. Son diversas las tendencias entre las cuáles se destacan la cibernética(N. Wiener), la Teoría de la información.

Engel se plantea la necesidad de un modelo biopsicosocial, que contemple al ser humano como quien integra en un todo sus partes: comportamiento, los sentimientos, las relaciones sociales, lo biológico. Por lo tanto, el cuidado del paciente ya no es susceptible de ser examinado y estudiado a través de la aplicación del método científico como lo asume el paradigma biomédico.

El modelo propuesto incluye dentro de las dimensiones humanas las psicosociales que están presentes en la enfermedad. El profesional de la salud observa de una manera sistématica la participación de cada una de estas dimensiones, razón por la cual se debe abordar la enfermedad desde un enfoque multifactorial.

Existe una gran dificultad para reconciliar lo biológico y lo psico-social, dicha separación tiene su paralelo en la Biología, también dominada por el reduccionismo biológico de la biología molecular. Se ha visto la necesidad de desarrollar explicaciones holísticas más que reduccionistas para explicar adecuadamente el proceso salud-enfermedad[8].

La Teoría General de Sistemas (TGS), surge en respuesta al agotamiento e inaplicabilidad de los enfoques analíticos reduccionistas y sus principios mecánicos causales (Arnold & Rodríguez, 1990).

No obstante su papel renovador para la ciencia clásica, no se desprende en lo fundamental del modo cartesiano (separación sujeto-objeto). Así forman parte de sus problemas tanto la estructura (objeto) como los comportamientos sistémicos (esquema de causalidad) y la totalidad con un sentido teleológico.

Sin embargo, el estudio reduccionista de las estructuras en el caso de la medicina entre otras, permitio un gran avance bio-tecnólogico y es en este sentido que el Doctor Escobar hace la siguiente reflexión:

8. ESCOBAR, J., (1997). *Dimensiones Ontológicas de Cuerpo.* Santafé de Bogotá: Colombia. En: Colección Bios y Ethos: Ediciones El Bosque, Pág. 44.

"El avance de la medicina determinó que el hombre viva más y aparezcan otras enfermedades crónicas y degenerativas lo que modificó las metas de la medicina. Cuando la gente moría joven, la medicina intentaba prolongar la vida, ahora cuando morimos viejos, su objetivo es mejorar la calidad de esa vida adicional"[9].

RELACIÓN MÉDICO/ODONTÓLOGO/PACIENTE DENTRO DE UNA CONSTRUCCIÓN MORAL, Y EN LA ERA DE LA MEDICINA GESTIONADA

La historia de la relación médico - paciente en la medicina occidental puede dividirse en tres períodos según Mark Siegler[10]. A) La Era del Paternalismo (la era del médico), B) La Era de la Autonomía (la era del paciente), y C) La Era de la Burocracia (la era del contribuyente). McIntyre señala que el médico moderno desempeña tres funciones simultáneas, que se entrecruzan: el médico como sanador mágico, el médico como científico aplicado, y el médico como administrador burocrático.

La Era del Paternalismo

Perduró miles de años aproximadamente desde el año 500 a.C hasta 1965, y representa la tendencia básica autoritaria y sacerdotal de la medicina. Indica la forma en que el médico gana poder sobre los pacientes constituyendo una relación paternalista, como entre el creyente y el sacerdote o entre el súbdito y el soberano. Desde una posición suprema el médico es quien decide el futuro tratamiento del paciente pues es él quien posee el conocimiento necesario.

9. SIEGLER, M., (1997). La Relación Medico-paciente en la Era de la medicina Gestionada, Limitación de Prestaciones sanitarias. op.cit.
10. La estructura en la cual sólo el orden natural explican los fenómenos empezó hacer entendida por otras maneras de ver la realidad, el descubrimiento de América y el Protestantismo.

La razón por la cual el médico informa al paciente sobre el avance de la enfermedad es debido a que es él, quien puede determinar el pronóstico y además porque debe recomendar medidas de higiene y de cuidados médicos preventivos.

El médico es quien conoce el orden del proceso y por esto se piensa que el paciente está incapacitado físico y moralmente para participar activamente en las decisiones. Lo anterior da como resultado una relación paternalista que se define como el rechazo a aceptar o consentir los deseos, opiniones, y acciones de las personas que gozan de información suficiente y con capacidad o competencia adecuada, para el propio beneficio del paciente.

Para el Dr. Gracia el paternalismo afecta aún más la relación del médico con el paciente niño pues lo considera como un incompetente e incapaz de tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida de modo racional y prudente. Esta tesis ya está formulada en la ética a Nicómaco, cuando Aristóteles afirma que los jóvenes pueden ser geómetras y matemáticos y sabios en cosas de la naturaleza y en cambio parece que no pueden ser prudentes.

La incompetencia se extiende a otros grupos en los que se pone en tela de juicio la autonomía como son: la población anciana y los enfermos con alteraciones psicológicas entre otros, pero la verdad es que son muy reducidos los casos en los que se determina la incapacidad, porque aún en pacientes con enfermedades mentales severas, se observan periodos de lucidez o brotes de conciencia; en los que se debe pedir el consentimiento para el procedimiento terapeútico.

La Era de la Autonomía

El respetar la autonomía de los pacientes tiene como antecedente importante, el rompimiento estructural de un orden natural debido al descubrimiento de las Américas[11].

11. CAMPS, Victoria., (1989). *Historia de la Ética*. Barcelona: Editorial Crítica. Pág. 285-581.

De repente un nuevo continente en donde las relaciones sociales son distintas a las de los europeos, cuestiona las fundamentaciones que parten de la naturaleza. Ya las explicaciones clásicas no nos permiten determinar y distinguir lo correcto o incorrecto (moral).

Esto lleva a los seres humanos a redefinir las relaciones sociales y surge la teoría del Contrato Social, debido a que no hay un orden natural debemos constituir una sociedad civil, la cual va a consensuar unos mínimos morales para vivir en sociedad. Aparece la individualidad (persona) que surge en el diseño del contrato social, la relación del súbdito con el soberano ya no se basa en la sumisión sino en la decisión libre. El hombre está por encima de la naturaleza y es la única y exclusiva fuente de derecho.

A manera de ejemplo del fenómeno descrito anteriormente se muestran las siguientes afirmaciones de importantes filósofos de la modernidad:

"Todo ser humano posee en principio completa libertad para ordenar sus actos y para disponer sus propiedades de acuerdo con su voluntad".
"Los contratos vinculan la voluntad, ésta es la adecuada forma jurídica".
HOBBES[12]

"Sólo será justa la autoridad que procede del consentimiento del pueblo".
LOCKE[13]

EE.UU en la década de los 50 se declara como una sociedad civil autonomista y es allí donde se le da una mayor validez a este principio. Es posible que en ciertos países no haya aparecido por completo. La autonomía irrumpe en el principio de beneficencia, el cual es tradicionalmente paternalista, porque en este nuevo sentido se debe hacer el bien al paciente si éste lo desea y cree que es lo mejor para él. Aparece la oferta de la buena práctica clínica, no hay bene-

12. Ibid.
13. SIEGLER., op. Cit.

ficencia sin autonomía. Por esto los pacientes empezaron a afirmar que el fundamento de la relación médico - paciente debía basarse en los derechos del paciente y en el consentimiento informado.

"La profesión médica ya no se concibe como el único guardián de la salud pública y en consecuencia el tradicional paternalismo de ésta profesión entra en conflicto con la sociedad".
R. Veatch 1980[14].

En ésta segunda era se produjeron grandes avances técnicos en el conocimiento de la enfermedad, así como en el desarrollo de excelentes tratamientos médico-quirúrgicos. Es una época que da más importancia al tratamiento que a la prevención, a la curación más que al cuidado y, en contraste con la era anterior, se caracteriza por el elevado costo de la atención.

Las políticas en salud colombianas están enmarcadas en ésta realidad, en la cual la medicalización de la sociedad es inminente. La divulgación médica favorece el entendimiento sobre las terapéuticas apropiadas, influenciando la decisión o consentimiento del paciente.

La oferta de la buena práctica clínica se incluye dentro del principio de no maleficencia, "primum non nocere" dice el aforismo clásico que está consagrado en el juramento hipocrático. Esta es una máxima que hace parte de las relaciones entre los hombres. Se considera como la obligación de no hacer daño, por esto estamos obligados a tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto.

" El objetivo fundamental del encuentro médico es una acción sanadora buena y correcta para un paciente concreto en un marco concreto de circunstancias vitales y clínicas".
Edmundo Pellegrino[15].

14. PELLEGRINO., op. Cit.
15. GRACIA, Diego., (1990). ¿Qué es un sistema justo de programas de salud?, principios para la asignación de recursos escasos.En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington: Vol. 108. Pág. 570-585. Número especial dedicado a la Bioética.

En la actualidad la no maleficencia se entiende como el no hacer cosas contraindicadas, y de hacer algo, hacer sólo cosas indicadas científicamente correctas y técnicamente satisfactorias después de ser informadas y concertadas con el paciente.

La Era de la Burocracia

Esta nueva era exige contención del gasto y eficiencia del mismo, y se basa en el análisis de riesgos y posibles beneficios en un marco social. El bien del paciente se sopesará frente a otros bienes como, por ejemplo, las necesidades de la sociedad. Sin embargo, entran en conflicto la autonomía y la beneficencia con las consideraciones sobre la eficiencia y conveniencia a nivel social e institucional, basadas principalmente en razones económicas y necesidades sociales.

Por esto los términos sanidad y política, en principio ajenos entre sí, han llegado a unirse en la expresión "política sanitaria"[16]. Aunque hay quienes prefieren el término "justicia sanitaria".

El anterior conflicto nos plantea la pregunta:

¿Es el principio de justicia quien tiene que dirimir éste conflicto?

Desde el punto de vista deontológico la justicia[17], ha tenido diferentes acepciones como:

16. Ibid., Cuando el término justicia se adecua a un modelo o Ley.. es decir, que un acto es justo cuando resulta acorde con la Ley y de ésta que es justa si es expresión de los principios morales.
17. MAINETTI. J., QUIRÓN, A., (1987). Ética teleológica, de fines o consecuencialista, una acción es buena o mala sólo por sus resultados, se toma el utilitarismo, según su formulación clásica en Bentham y Mill y sus posteriores precisiones, como la distinción entre utilitarismo monista y pluralista y entre utilitarismo de regla y de acto.

- Proporcionalidad Natural
- Libertad Contractual
- Igualdad Social, y actualmente como
- Bienestar Colectivo

Desde el punto de vista teleológico[18], los administradores y los políticos tienen obligación de optimizar la utilidad pública de los recursos disponibles, para lo cual han de actuar conforme a los criterios propios de la economía. En el análisis que al respecto hace el Centro Hastings nos cuestiona sobre como la economía y la política no hace una reflexión ética para la aplicación de nuevos criterios.

"El abordaje tradicional del análisis de costos-beneficios excluye consideraciones formales de efecto distributivo, del tipo de la equidad y la justicia. Aunque los economistas discrepan sobre cómo resolver este problema, es probable que las consideraciones de equidad continúen siendo subestimadas en la práctica"[19].

Razones por las cuales no se puede olvidar el papel ético de la medicina. James Drane dice a propósito:

"La medicina es cada vez más una empresa ética. Ciertamente los médicos necesitan ayuda para tomar decisiones en los casos difíciles, (...) en razón de que la práctica médica moderna tiene cada vez mayor cantidad de áreas problemáticas, cada vez son más importantes las guías y las estrategias procedimentales que permiten tomar decisiones en tales áreas"[20].

18. The Hastings Center, Appendix D., (1980), Valules, ethics, and CBA in health care. En: Office on Technology Assessment, The Implications of Cos-effectiveness Analysis of Medical Technology. Washington., DC .U.S: Goverment Printing Office.Pág. 175.
19. ESCOBAR, J., op. Cit. Pág. 58.
20. SIEGLER., op. Cit.

TOMA DE DECISIONES

La toma de decisiones en medicina se basan en las siguientes cuatro consideraciones: indicación médica, preferencias del paciente, consideraciones sobre la calidad de vida del paciente y factores externos. Mark Siegler ha descrito las siguientes maneras al interior de la medicina gestionada, que limitan y controlan la decisión de médicos y pacientes[21]:

- Decisiones sobre el final de la vida; prestar una asistencia costosa de prolongación de la vida cuando se le niega al paciente por normas gubernamentales y políticas a nivel institucional.

- Criterio de inutilidad de un tratamiento; "se podrá limitar una intervención terapéutica de soporte vital, sin el consentimiento del paciente o de la persona que actúe en su nombre, cuando dicha intervención se considere inútil".

- Criterios de calidad de vida; se considera que el pésimo estado de salud del paciente supone una calidad de vida no deseable, un criterio de calidad de vida podría en principio aplicarse a personas en estado vegetativo permanente.

- Darwinismo social; la capacidad de decisión del paciente o del médico estarán limitadas por la utilidad social, en el caso de una persona que se está muriendo, consecuentemente deberían no malgastar en ella recursos valiosos.

En el caso nuestro vemos que la salud oral es bastante precaria. Un 80% de la población colombiana sufre de caries dental y un 99% de enfermedad periodontal, lo que nos cuestionaría el gasto en estructuras dentales de un reservado

21. Apartir de este cuestionamiento se propone el diseño de un modelo de atención odontológica en el que se realice una consulta inicial por un odontólogo (gestor), quien diseña un plan de acción preventivo, y de mantenimiento de estructuras sanas, detectando aquellas, de reservado pronóstico las cuales tendrán un tratamiento no restaurativo, en muchos casos la exodoncia. La propuesta de un modelo se presentó como trabajo final en la Especialización de Docencia Universitaria., (1999). Universidad El Bosque. Santafé de Bogotá.

pronóstico o que requieran de tratamientos de rehabilitación a un alto costo, cuando la utilidad social nos exige pensar más en tratamientos preventivos y mantenimiento de las estructuras sanas"[22].

Hay que tener claro, que nunca existen dos pacientes que sean exactamente iguales, que posean los mismos antecedentes, los mismos valores, ni incluso el mismo estado Biopsicosocial, las directrices obviamente limitan la libertad y capacidad de decisión tanto de pacientes como de médicos, y por tanto, alteran de forma importante la relación médico - paciente.

"La medicina no puede olvidar su papel de ayudar a las personas, oír sus temores y preocupaciones, cuidar de ellas y tratarlas con dignidad y respeto, mitigar sus angustias, atender a su dolor físico y sufrimiento, restablecer su capacidad de funcionamiento y , algunas veces, curar la enfermedad".

"La función básica de un médico clínico es gestionar a un enfermo con el fin de aliviar de la manera más efectiva el impacto total de la enfermedad en esa persona. Gestionar a un enfermo es algo completamente diferente a diagnosticar una enfermedad y prescribir una terapia para la misma. Con el término gestión se sugiere decir que el médico comprende y es sensible a los efectos totales de una enfermedad en la integralidad de la persona, los efectos espirituales así como los físicos, los sociales y los económicos".
Dr. Tumulty[23].

En conclusión, la enfermedad obliga al hombre a observar una serie de fenómenos constitutivos de su existencia que en la salud o estado de normalidad no se evidencian con tanta nitidez. Son éstas, según Lain Entralgo[24] la corporalidad, la coexistencialidad, la vulnerabilidad, la capacidad de apropiación, la doloribilidad y el valor de la existencia, la búsqueda desesperada de una respues-

22. SIEGLER., op. Cit.
23. ENTRALGO., LAIN, Pedro., (1982). *La Medicina Hipocrática.* Madrid: Alianza Editores.
24. GIL, Luis., op.cit.

ta solidaria, de un apoyo en la enfermedad, el sentimiento de peligro y la añoranza de un bienestar cuya pérdida obliga a valorar el estado saludable.

La apropiación de la enfermedad e interpretación, es siempre un acto individual en el que se conjugan las convicciones religiosas, las normas éticas, las convenciones sociales entre otras.

"El actuar de la medicina se da también en la realidad humana en la cual valores, virtudes, principios morales y concepciones del bien o de la justicia están presentes en la salud o enfermedad en los conceptos de vida y muerte que no podemos olvidar"[25].

ANTECEDENTES DE LA LEY 100

La salud y/o bienestar, es una de la reinvindicaciones sociales que en nuestro país se contempla en la carta constitucional desde 1886 y a partir de la década del 90 con la ley 100 se pretende asegurar y cubrir el 100% de la población con la meta estimada hasta el año 2001.

La aparición del Sistema de Seguridad Social en Colombia se remonta a 1945, cuando se creó la Caja Nacional de Previsión y en 1946 se creó el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales. El desarrollo de la seguridad social en Colombia estuvo marcado por una fuerte diferenciación entre el sistema que cubre a los trabajadores privados, denominado Seguridad Social, y el sistema de funcionarios públicos, denominados de la Previsión Social.

De esta manera el Instituto de Seguros Sociales (ISS) se convirtió en la única institución que de forma monopólica cubrió a todos los afiliados del

25. JARAMILLO, Ivan., (1994). *El futuro de la Salud.* Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores. Fescol.

sector privado (empleados de instituciones privadas). Entre tanto, el sistema público de la previsión social se desarrolló en múltiples instituciones, ya que la Caja Nacional de Previsión sólo cubrió una parte del sector central del gobierno nacional, de esta forma se creó un sistema público de previsión social desarticulado y sin mecanismo de solidaridad, en el cual se combinaron entidades de buena y mala calidad en situación permanente de quiebra. Así, para 1991 se estimaba que existían 1200 cajas de previsión en todo el país[26].

Las deficiencias en los sistemas de salud, seguridad y previsión social favoreció la aparición de muchas empresas y consultorios privados, además de una expansión de las empresas de medicina prepagada y seguros privados de salud, creando el fenómeno de la doble afiliación.

Por otro lado, en la década del 70 la importancia de la salud dentro de la política de desarrollo depende del grado de integración de las políticas sectoriales, así como de la consistencia interna del plan sectorial de la salud. El aumento de la salud depende de las acciones que se tomen en otros sectores, como la agricultura, educación, vivienda, desarrollo industrial, y de una acción integral que cobije medidas orientadas al fomento de la salud.

El equilibrio entre estas acciones depende de los recursos que se designen a unos y otros sectores. En 1974 se pone en marcha el Sistema Nacional de Salud y se realiza la reestructuración de la asistencia pública en Colombia de acuerdo a los niveles de Prevención. Se establece un tercer nivel de atención en hospitales universitarios, para quienes requieran de una atención quirúrgica especializada, y rehabilitación. Un segundo nivel, (hospital regional) en el que se ubicaría la población enferma curación y limitación del daño, y un primer nivel cubierto por hospitales locales, centros y puestos de salud rurales y urbanos, promotoras de salud urbanas y rurales. En él se diagnostica y previene la aparición de la enfermedad[27].

26. QUEVEDO., HERNÁNDEZ., MARIÑO., MIRANDA., WIESNER., CÁRDENAS., (1990). "La Salud en Colombia". En: *Análisis Socio-Histórico*. Ministerio de Salud. DNP.
27. JARAMILLO., op. Cit.

La formulación de políticas de salud en este período se inscribe en el ámbito de las corrientes neoliberales, que toman auge dentro de la concepción del desarrollo económico y social, desde mediados de la década del 70.

Finalmente, debe anotarse que para 1990 mientras la seguridad y la previsión sociales cubren sólo el 20% de la población, las empresas de medicina prepagada y otros seguros privados el 10%, y el resto estaría en manos de la "asistencia pública", la cual, en el mejor de los casos, cubre el 40% de la población, quedando por fuera un 30%. De esta manera en cuanto al sector salud no se asegura la salud, sino el riesgo de enfermar y de esta forma poder ser atendido[28].

Dentro de la Asamblea Nacional Constituyente (1991) fueron motivo de debate la necesidad de unir los conceptos de seguridad social y asistencia pública, para romper con la diferencia en la atención entre beneficiarios de primera y segunda clase y el hecho de que cada uno pueda elegir libremente el mejor sistema de seguridad social que el mercado ofrezca.

A mediados de la década de los ochenta y a partir de este momento se enfrentaron de un lado, los seguidores bismarckianos, defensores del sistema clásico vigente en el país, (monopolizador de la salud), quienes insistían por la solidaridad, la integralidad, la universalidad y unificación del sistema de seguridad social, y por otro lado los Neoliberales, que defendían el principio a la libre escogencia y competencia de los oferentes, con presencia del sector privado para conseguir eficiencia y calidad en la prestación de los servicios[29].

EL NEOLIBERALISMO Y LA SALUD

Es importante entonces recordar que el Neoliberalismo es una política de desarrollo económico que unos países de América Latina han implementado

28. JARAMILLO, I., op. Cit.
29. CHILD, Jorge., (1992). *Apertura y Privatización en Neoliberalismo y Subdesarrollo.* Ancora. Editores.

como Chile, Argentina, Colombia, México, etc., asimilando algunas estrategias inicialzmente propuestas por países desarrollados como Inglaterra y Estados Unidos. Estos se vieron abocados a implementar acciones tendientes a recapitalizar sus Estados y desprenderse de algunas obligaciones que se tenían para darlas a los particulares, recibiendo dineros extras por la venta de sus empresas y disminuyendo su endeudamiento fiscal, en otras palabras reducir al Estado que por tradición fue un Estado Benefactor, implicó el desborde en el crecimiento del sector público, una sociedad civil menos autónoma y más administrada por el gobierno y la aparición de la enfermedad económica del siglo XX, la inflación[30].

La propuesta es neoliberal, y significa: libertad individual, una macroeconomía competitiva, estable y orientada hacia el exterior, reducción del Estado, eliminación de los subsidios sociales y económicos, fomento al ahorro y la inversión privada, fortalecimiento del mercado libre y leyes laborales orientadas hacia su regulación por las fuerzas de oferta y demanda.

Las estrategias más utilizadas por los países de América Latina para lograr estos cambios son: la apertura, la privatización, disminución del gasto público, y descentralización. En contraste, la realidad para estos países está caracterizada por limitaciones en el cubrimiento de mínimas necesidades básicas, en materia de alimentación, salud, vivienda, empleo, educación, etc[31].

Lo peor es que el número de población indigente y en situación de pobreza ha crecido en todas las ciudades en las últimas dos décadas, esto determina un deterioro progresivo en las condiciones de vida de los seres humanos habitantes de este hemisferio.

---

30. Ibid.
31. MAINETTI., define a la Bioética como :" Un espacio de reflexión interdisciplinario sobre el origen, las implicaciones y las consecuencias, morales del quehacer científico" que contribuye a formar "un humanismo ético de ciencia con conciencia que cor r ija la ceguera axiológica, de la ciencia y la tecnología, estudio de una justicia distributiva entre otros cuyo desafío es nada menos que la supervivencia de la humanidad., op. Cit.

El Estado deja de ser así garantía de atención a las necesidades del conjunto de la población y abandona deliberadamente la función de mediador de los efectos de inequidad en una economía de mercado.

En el transcurso de este trabajo trataremos de hacer énfasis en la forma cómo estas estrategias han afectado la justicia distributiva en el sector de la salud tema fundamental de la bioética[32], pero primero hay que indicar cuales son las obligaciones del Estado para con la atención en salud de los colombianos, el gobierno, a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), es la máxima autoridad del sistema.

El preámbulo de la ley 100 de 1993 define el sistema de seguridad social integral como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaben la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. La ley contempla la obligación del Estado, la sociedad, las instituciones privadas que garantizaran el servicio de salud mejorando la calidad y cobertura entre otros.

Además el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia de 1991, dice:

"La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que se establezca la ley".

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

32. CHILD., op.cit.

"El Estado, con participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social, que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la Ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella (...)"

El gobierno está encargado de dirigir, vigilar, coordinar, y reglamentar el régimen de salud. Estas son algunas de las obligaciones que el Estado debe cumplir en lo relativo a la seguridad social:

- Respaldar y fomentar campañas y programas de promoción prevención y recuperación de la salud entre los habitantes del territorio colombiano, porque la atención de la salud es un servicio público a su cargo, razón por la cual se crea el Plan de Atención Básica (PAB) y municipios saludables.

- Garantizar que la seguridad social sea un servicio público obligatorio, es decir, que todos en Colombia tengamos derecho irrenunciable a recibirla. Se crea además, el sistema de referencia para pacientes que requieren servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de la Salud –Subsidiada (POS-S), para que los beneficiarios que ameriten referencia a segundo y tercer nivel de atención puedan ser remitidos a las instituciones públicas del subsector oficial, o a las privadas, con las cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios de salud. Las instituciones tendrán la obligación de atenderlos con cargo a los recursos que por concepto de subsidio a la oferta están recibiendo.

Cuando se nieguen a prestar el servicio podrá declararse la caducidad de los contratos suscritos para tal efecto y deberá darse aviso a las entidades correspondientes. El Régimen Subsidiado no contempla preexistencias para sus afiliados, ni períodos mínimos de cotización para el aseguramiento de las enfermedades de alto costo.

- Velar para que sea obligatorio el ingreso de todas las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

- Establecer la atención básica que el sistema ofrecerá en forma gratuita en Colombia.

- Lograr que el número de personas que ingresan al Sistema de Seguridad Social en salud sea cada vez mayor, la ley 100 establece que en el año 2001 todos los habitantes del país deben pertenecer al sistema.

- Descentralizar todos los servicios de salud, cada departamento y municipio debe responder por la salud de sus habitantes y administrar la prestación de los servicios.

- Evitar que el dinero y otros recursos destinados a la Seguridad Social en Salud se empleen para otros fines.

- Garantizar la asignación prioritaria de recursos para la salud en el gasto público.

- Velar por los principios constitucionales que hablen de la seguridad social.

ESTRATEGIAS DEL MODELO NEOLIBERAL EN SALUD

La Apertura en Salud

Una mala comprensión del Neoliberalismo afirma que es el triunfo de la razón instrumental, todo se vuelve un medio para realizar fines privados, de esta manera, la relación profesional de la salud/ paciente se ve afectada por la iniciativa privada. Unas de sus prioridades si es garantizar el servicio a un costo favorable, en el que la salud es una mercancía regida por las leyes de la oferta y la demanda, vigilada por la mano invisible que no es más que la

competencia que aseguraría la calidad del servicio. Un egoísmo privado, el interés personal sobre cualquier otro[33].

Según Jorge Child la apertura debe resolver ciertos mitos como son:

a) Libre competencia, traducido en normas bien establecidas para que no se presenten "trabas" en el comercio de los diferentes productos en los países que posean la política de apertura.

b) Privatización de las empresas. Los empleados de las mismas son quienes deben tener la oportunidad de ser dueños para así de esta forma entrar a participar en el desarrollo sistémico de la producción y no estar sujetos a capitales extranjeros, lo que suena utópico en un país donde el ingreso del empleado promedio no le permite ahorrar.

c) Tecnología, mediante el apoyo a las industrias preparándolas para la competencia en cuanto a calidad y servicio, además, la tecnología debe llegar a todos por igual permitiendo un desarrollo paralelo; pero ésta se ha convertido en una oportunidad de dominación de los países más desarrollados sobre los de menor avance técnico-científico.

d) Disminuir el gasto público, o mejor racionalizar el gasto en el sostenimiento de una burocracia, que en nada contribuye al desarrollo y más bien, entorpece la acción del Estado en otros campos (inversión social).

En la salud sin querer desligarla de la realidad nacional, se ha introducido mediante la Ley 100 el libre mercado, reglamentado en el decreto 1485 del 13 de julio de 1994. Establece el régimen de la libre escogencia, en el que, el usuario podrá escoger la Entidad Promotora de Salud (EPS) e Institución Prestadora de Servicios (IPS) que le garantizará el servicio a la salud[34].

33. JARAMILLO., op. cit.
34. LEY 100.

Esto genera una competencia entre estas empresas e instituciones para retener sus afiliados y buscar su consolidación en el mercado. También las obliga a implementar estrategias de calidad en el servicio, como un producto (oferta), en el que el paciente (demanda), es un cliente. De esta forma deben considerar el marco de referencia del cliente como lo son: sus valores, creencias, deseos, sentimientos, expectativas etc., y las condiciones del servicio: infraestructura con la que se cuenta, apoyo técnico-científico, humanización en la relación profesional de la salud – paciente. Aunque suene contradictorio hay que insisterle al hombre que debe humanizar sus relaciones, no obstante que estas deberían ser condición natural de su realidad social, y de su quehacer profesional.

La calidad además de favorecer la demanda, favorece la oferta, pues disminuirá los costos en cuanto que la calidad es satisfacer las necesidades del cliente, calidad es prevenir no reparar, calidad es cero errores, cero desperdicios, la empresa consagrada al cliente (debe ser un gran conocedor de su cliente, para en esta medida poder satisfacer totalmente las necesidades de su paciente, lo único que cuenta es un cliente satisfecho).

PRIVATIZACIÓN EN LA SALUD

El artículo 11 DEL ACUERDO 23[35]

Determina que las Entidades Administradoras seleccionadas, serán las responsables de la inscripción y afiliación de los beneficiarios, debiendo informar a las personas interesadas, de manera amplia, entre otros, sobre los planes de beneficios que ofrece la entidad. Este artículo obliga a las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) a mercadear sus servicios, punto que no era aceptado por la ley No 35 (código de ética del odontologo) del 8 de Marzo de

35. En: *Informe al congreso, (1995-1996).* Ernesto Samper Pizano "Hechos en el gobierno de la gente". Presidencia de la República: Pág. 172.

1989 en el capítulo IX artículo 50 que dice: "Es contrario a la ética servirse de medios publicitarios para atraer pacientes o aparecer superior a los demás colegas".

Y además, en el articulo 51 dice: "la formación decorosa de clientela debe cimentarse en la capacidad profesional y en la honorabilidad. La propaganda se manifiesta en contra del odontólogo que la emplea y disminuye el aprecio público hacia la profesión. Este tiene la obligación de elevar su reputación, gracias a su cumplimento, juicio y capacidades y todo ello solo por medio del servicio prestado a sus pacientes y la sociedad. El uso de propaganda de cualquier clase que ella sea, es incompatible con este precepto".

Sin embargo, este criterio fue revaluado por violar el reglamento al derecho privado cuando la salud se inscribe dentro de un marco empresarial, otorgando una amplia autonomía a las entidades prestadoras de servicios y capacitando gerencialmente a sus directivos, con el fin de mejorar la calidad de los servicios y una reducción en los costos.

El criterio de empresa moderna, eficiente y competitiva, debe responder a la prestación del servicio, a la función social para ampliar la cobertura a toda la población colombiana, y a la capacidad de acumulación para que garantice su consolidación y autonomía real. De esta manera se cambia el concepto acerca de la salud, con el objeto de modernizar la gestión de los servicios. Por esta razón, el modelo biomédico es insuficiente y se debe ligar más bien al modo de vida, a la cultura, interacción con el medio ambiente, a su comportamiento en procura de un ser humano con la posibilidad de desarrollar todas las capacidades posibles para ser productivo en un contexto capitalista.

La privatización de la salud permite impulsar la competencia entre instituciones del sector privado y el sector público, como mecanismo para el fomento de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios. Pero es oportuno señalar, que la salud no debe separarse de ser una labor social que obliga a mantener, garantizar y fomentar mecanismos de solidaridad social entre los

afiliados ricos y pobres, departamentos avanzados y atrasados, municipios fuertes y débiles.

Para este fin, la ley 100 retoma el principio de solidaridad por ser un servicio público esencial de seguridad social y la define como "la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el Sistema de Seguridad Social mediante la participación, control y dirección del mismo (...)". Se constituye pues el régimen subsidiado y este a su vez, define que son beneficiarios toda la población pobre y vulnerable, que no tiene capacidad de cotizar al régimen contributivo y en consecuencia recibe subsidio total o parcial para completar el valor de la Unidad de Pago por Capitación, subsidiado (UPC-S) de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el presente acuerdo.

Será beneficiaria de subsidios en salud la población perteneciente a los municipios 1 a 4 en los niveles 1 y 2 del SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales), y la incluida en el listado censal previa exclusión de los residentes de los municipios 5 y 6 que tengan capacidad de pago, de conformidad con la clasificación efectuada por la alcaldía respectiva, con el apoyo de las Direcciones de Salud, Personerías Municipales, Veedurías Comunitarias y Mesas de Solidaridad.

El Artículo 7 del presente acuerdo determina que para proceder a la afiliación los beneficiarios del subsidio deberán seleccionar una ARS (Administradora del Régimen Subsidiado), e inscribirse ante ella; la sola escogencia e inscripción no implica la afiliación a la ARS.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) determina en el artículo 19 del acuerdo 23, que para los casos de indigencia debidamente verificados y para las comunidades indígenas, las atenciones serán gratuitas y no se exigirán copagos ni cuotas moderadoras. Para los niveles 1 y 2 del SISBEN,

el copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, con un tope máximo a pagar por atención de un mismo evento de 1 salario mínimo legal mensual vigente.

A propósito se adelanta el proyecto piloto "Centros de Salud Indígenas", que apoyará la práctica de la medicina tradicional indígena como estrategia de promoción de la salud de la medicina occidental, para mejorar las condiciones de salud de las comunidades indígenas[36].

El proyecto quiere fortalecer la cultura, el tratamiento de enfermedades de acuerdo con la concepción antropológica de la salud entre los nativos, y la transmisión de valiosos conocimientos ancestrales en medicina no tradicional[37].

DESCENTRALIZACIÓN

De otra parte, el espacio natural de gestión de las políticas públicas es el municipio. Esta gestión impulsa el proceso de descentralización del sector salud. Esta es la estrategia de consolidación de los sistemas locales de salud, que se establece en una relación adecuada entre un municipio autónomo, un departamento eficiente y un centro impulsor, coordinador y evaluador de programas.

La organización y gestión de las instituciones deben ser cada vez más racionales económica y financieramente, y con mayores rendimientos principalmente sociales. Se deben aplicar los criterios funcionales de la descentralización

36. Ibid. Pág. 169
37. Ibid., Pág. 170. En: Artículo 162. Por el cual El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

administrativa, los subsidios a la demanda, la autonomía gerencial y la participación comunitaria.

A partir del Acto Legislativo número 1 de 1 de diciembre de 1995, por el cual se reformó el artículo 357 de la carta política, la descentralización municipal ganó posibilidades en el manejo y prioridad de los ingresos corrientes de la nación, aplicados básicamente a los programas de saneamiento básico, agua potable y financiación para el régimen subsidiado, política que empalma con la visión de un desarrollo sostenible y con un énfasis social.

El Fondo de Solidaridad y garantía creado por la ley 100 de 1993 se estableció como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud. El manejo fiduciario de este fondo fue adjudicado al consorcio Fiduciario Fosyga. En el régimen subsidiado esta subcuenta es administrada por la Fiduciaria del Estado, quien a su vez entrega recursos a Fiduciar y Fidugan[38].

De otra parte, se trata de unificar el "régimen de derechos a la seguridad social en salud" del lado de la demanda identificando un paquete básico de servicios, que pretende la protección integral de la salud, a través del POS (Plan Obligatorio de Salud).

Uno de los programas del gobierno del presidente Samper en la prevención de la morbilidad oral, fue el de ampliar la cobertura y vigilancia del programa de fluorización de la sal y de purificación del agua con cloro.

38. DECRETO 1938 de Agosto 5 de 1994., Reglamenta el plan de Beneficios en el SGSSS.

PLANES OFRECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD[39]

El Plan de Atención Básica (PAB)

De carácter gratuito, prestado directamente por el Estado o entidades particulares contratadas por el Estado contiene "acciones en salud pública, tales como acciones de información y educación para la salud, algunas acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz sobre las personas en patologías y riesgos de altas externalidades, o sobre las comunidades en el caso de enfermedades endémicas o epidémicas.

El Plan Obligatorio de Salud (POS)

Es el conjunto de servicios de atención en salud y reconocimientos económicos a que tiene derecho en caso de necesitarlos, todo afiliado a régimen contributivo y el mismo conjunto de servicios que debe garantizar a sus afiliados toda Entidad Promotora de Salud autorizada a operar en el Sistema.

El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POSS)

Es una categoría transitoria que identifica el conjunto de servicios que constituyen a la vez derechos de los afiliados al régimen subsidiado y a la obligación de las Empresas Promotoras de Salud, las Empresas Solidarias y las demás Entidades Administradoras de los Recursos del Subsidio a la Demanda de Servicios de Salud.

El plan se ampliará progresivamente hasta alcanzar los contenidos del POS en el año 2001. El plan de salud subsidiado se regirá por el decreto reglamentario del régimen de subsidios y por los mismos manuales de procedimientos y guías

39. RESOLUCIÓN No 05261 del 5 de Agosto de 1994., Por el cual establece el Manual de Actividades Intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

integrales a que hace referencia el POS. Se ofrecerá también transicionalmente cobertura integral a la maternidad y al niño durante el primer año de vida, para aquellas personas de más escasos recursos, programa que se denominará Programa de Asistencia Materno Infantil (PAMI)[40].

Los Planes de Atención Complementaria (PACS)

Conjunto de servicios contratados mediante prepago, que garantizan la atención de actividades no contempladas como obligatorias.

Atención de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP)

Son servicios que garantizan la atención en salud derivada de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional a través de las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP).

Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos (RCAT)

Con cargo a la subcuenta de riesgos catastróficos del fondo de Solidaridad y Garantía, permite el acceso a los servicios para la atención en salud derivada de los accidentes de tránsito, con base en las normas que rigen al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

40. Norma ISO 9004-2 ICONTEC. Administradora de la Calidad y Elementos del Sistema de Calidad. Directrices para servicios.

EL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

El ministerio preocupado por el logro de los objetivos reales del SGSSS preparó el Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996, donde se expresa claramente la necesidad de organizar el sistema obligatorio de garantía de calidad. Todos los componentes del sistema, es decir, administradores, prestadores y usuarios deben hacerse a unos derechos y deberes que permitan la eficiencia en la prestación de los servicios y el impacto en las condiciones de salud esperadas.

Se define la calidad como el "El conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras, y materiales que debe tener la Seguridad Social en Salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios. Las características principales son la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad, la racionalidad técnica".

La misión del sistema de garantía de calidad es brindar a los usuarios del servicio el mayor beneficio a un costo razonable y con el menor riesgo posible. Se sugiere entonces establecer estándares para la prestación del servicio, que puedan asegurar en todas las instituciones el cumplimiento de este máximo objetivo. Incluye también la responsabilidad del usuario en el mantenimiento del estado de salud alcanzado, tanto individual como comunitaria y su función de veeduría sobre el desarrollo de los sistemas de calidad.

La calidad debe ser parte de la cultura de la organización, no puede ni debe ser una moda. Hace parte de los principios y valores personales y organizacionales. Es por esta razón que gran parte de la guía de implantación del sistema de garantía de calidad, se refiere a la selección adecuada del personal prestador de los servicios, al entrenamiento, capacitación y desarrollo del mismo, los procedimientos, la evaluación la acción correctiva, las responsabilidades y el

control permanente. Son importantes igualmente la recolección de datos, los métodos estadísticos y el mejoramiento basado en la información recibida[41].

Los servicios odontológicos han mantenido la política de la prestación de atención sin controles posteriores, lo que nos ha traído como repercusión un bajo impacto en la morbilidad oral. Los programas preventivos tienen un bajo seguimiento, los programas de limitación de daño se encuentran en el libre albedrío y habilidad particular del profesional sin una acción evaluada permanente, que pueda minimizar la duplicación de esfuerzos en la búsqueda de la atención de la misma patología presentada por el usuario del servicio.

PRINCIPIOS DE LA LEY 100

La ley 100 de 1993 no es del todo neoliberal pues toma de la concepción bismarckiana clásica los principios de Integralidad, Solidaridad, Universalidad y Unidad. De la concepción neoliberal, retoma los conceptos de Eficiencia, Calidad, Libre Escogencia, Descentralización Administrativa, Autonomía de las Instituciones y Participación Social[42].

La Integralidad

En cuanto incluye a la familia como beneficiaria de la seguridad social en salud. Además, la integralidad está garantizada en la ley 100 por el Plan

41. JARAMILLO., op.cit.
42. El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el POS y las acciones de saneamiento ambiental. La atención del PAB será gratuita y obligatoria. La financiación de este Plan será garantizada por recursos fiscales de gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.

Obligatorio de Salud -POS- y con la organización de los servicios de salud pública, atención básica[43] (PAB).

El PAB[44] es un conjunto de actividades intervenciones y procedimientos de promoción de salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control del riesgo dirigido a la colectividad.

Para facilitar el desarrollo de acciones de promoción de la salud en el ámbito distrital, estos podrán implementar la estrategia de "Municipios Saludables" como una propuesta para convocar recursos y comprometer esfuerzos intersectoriales y comunitarios.

La Resolución 04288 de noviembre de 1996 dice: "Los servicios y beneficios que se señalan a continuación estarán incorporados a los planes de Salud del R.C. y serán con cargo a los recursos del subsidio y la oferta es para la población vinculada. Para salud oral cubre la fluorización, aplicación de sellantes y detartraje para la población de 5 a 14 años".

Se podrá contratar con EPS el desarrollo de las acciones del PAB.

Características del POS: Cobertura familiar, en el artículo 163 de la ley 100 (...) para estos efectos serán beneficiarios del Sistema el o la cónyuge o compañero (a), los hijos menores de 18 años (....)

---

43. Para los afiliados según las normas de régimen subsidiado, el CNSSS diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo en forma progresiva antes del año 2001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios del salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la UPC del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.
44. Con el fin de que el beneficiario pueda escoger libremente la entidad administradora de subsidios a la cual desea afiliarse, las direcciones de salud seguirán el siguiente procedimiento: Artículo 10 del Acuerdo 33, Una vez identificados los beneficiarios del subsidio que puedan afiliarse por pertenecer a los niveles 1 y 2 del SISBEN, la dirección les comunicará que deben elegir una ARS en salud, informándoles la lista de Entidades posibles que se encuentran inscritas con sus direcciones respectivas.

No a las preexistencias: en el artículo 164 de la ley 100 las EPS no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados.

Atención oportuna de las urgencias: El artículo 168 de la ley 100 determina que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo 167 o por la EPS, ARS al cual esté afiliado.

SOLIDARIDAD

El principio de solidaridad implica la equidad en la prestación de los servicios. Esto es posible, gracias al establecimiento de los subsidios cruzados entre quienes tienen menos ingresos y menos riesgos en favor de quienes tienen menos ingresos y más riesgos.

A continuación realizaremos algunas reflexiones desde el punto de vista operativo y ético de las implicaciones de la reforma de la seguridad social en salud del sector subsidiado.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), en su acuerdo número 23 el cual define la forma y condiciones de operación de Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud, determina los criterios para identificar a los beneficiarios de los subsidios, los mecanismos de selección de las Entidades Administradoras del Régimen, asimismo, define el contenido del plan de beneficios y los mecanismo de financiación, como también la administración de recursos del régimen subsidiado[45].

45. LEY 100 de 1993, (Artículos 217, 221, 223, 224, 238, y 239).

Artículo 13 del acuerdo 23:

El afiliado sólo podrá trasladarse de administradora después de un año de permanencia en la entidad, informando con una mes de antelación a la ARS, a la cual se encuentra afiliado.

Desde el punto de vista operativo la libre escogencia es para el grupo familiar más no es individual, pues es el grupo quien debe escoger a cual ARS desea afiliarse y si alguno de sus miembros no está de acuerdo deberá ceñirse a la decisión de quien encabece la familia, no es claro si los beneficiarios podrán escoger la IPS que deseen dentro de las opciones que le brinde la entidad administradora, opciones que dependerán del lugar donde viva, y de acuerdo al cual se le asignará un sector en el que será atendido.

Aunque la ley le exige al grupo familiar afiliarse a una ARS, hay miembros que pertenecen a ARS distintas y no porque ellos lo elijan, sino porque la Dirección en salud les asigna dicha entidad. En el momento personas del mismo grupo familiar pertenecen a diferentes entidades, lo que dificulta la elaboración de programas de promoción y prevención para el grupo familiar.

El modelo de salud canadiense en el que todos lo médicos están inscritos en el Seguro Social, ampara el 95% de la población, y en el cada individuo escoge libremente su médico sin atenerse a listas, recibe atención personalizada y paga un vale que la institución o médico puede hacer efectivo ante la Dirección del Estado en salud, es un ejemplo de efectividad de la libre escogencia.

No podemos olvidar que la experiencia de Chile en este aspecto no fue la mejor. La seguridad social se caracteriza por crear un sistema de múltiples cajas y planes de salud, los cuales se seleccionan de acuerdo con la capacidad adquisitiva del usuario, lo que genera un sistema de ricos para quienes pueden pagar y otro para pobres. Al primero brindarán servicio empresas privadas con una adecuada infraestructura y al segundo, entidades públicas por lo general en situación de quiebra.

No todos los territorios nacionales tendrán los mismos beneficios de las EPS, ARS e IPS. El número de estas será reducido en ciudades pequeñas y seguramente no habrá iniciativa privada que considere conveniente invertir en estos municipios y sí en las ciudades grandes o principales del país. Aunque el decreto 723 del 14 de marzo de 1997, afirme que debe garantizarse como mínimo una opción en el municipio en donde reside el afiliado.

De igual manera en el régimen subsidiado la solidaridad esta garantizada por los aportes de un punto porcentual de las cotizaciones al régimen contributivo[46].

UNIVERSALIDAD

El principio de Universalidad se garantiza en la ley 100 de 1993 por: cobertura familiar obligatoria[47], y obligatoriedad de la afiliación a toda la población[48].

La cobertura del plan obligatorio de salud determina que el 81%, de sus acciones están destinadas al cubrimiento de: promoción, educación, prevención de la enfermedad y protección específica, recuperación de la salud y atención ambulatoria de primer nivel, atención hospitalaria de menor complejidad, atención de recuperación ambulatoria de la salud en el segundo nivel de atención (consulta especializada), y atención hospitalaria de mayor complejidad. Un 19% de sus acciones se dirigen a la atención de las enfermedades de alto costo, que se encuentran dentro del POS-S[49].

---

46. Ibid. (artículo 162,163)
47. Ibid. (artículos 156,157,160)
48. A solicitud de los Consejos Territoriales, el CNSSS podrá autorizar un valor superior para la UPC-S y mayores contenidos del POS-S cuando se haya cubierto a la totalidad de la población pobre y vulnerable, previo compromiso de las Direcciones de Salud con un plan de transformación de los subsidios acorde con los nuevos contenidos del POS y hasta por una valor máximo de la UPC del régimen contributivo. Para el reconocimiento del pago del POS-S de los beneficios del Régimen subsidiado, se determina dando prelación a los menores de un año y mujeres de 15 a 44 años frente a otros grupos etáreos.
49. Se elaboró un primer modelo para los municipios colombianos por las Dras. Constanza Ovalle y Sandra Arlette Pinzón Púlido, ésta lo presentó como tesis de grado para su especialización en Gerencia de Calidad en Salud, julio 1997 y se hace una segunda propuesta la cual se presento como trabajo final a la Especialización en Docencia Universitaria en 1999. Universidad El Bosque.

Los recursos económicos en un mayor porcentaje estarán destinados a la curación y rehabilitación del daño, puesto que la salud oral de la población colombiana sufre un 99.93% de caries dental y un 80.37% de enfermedad periodontal según los datos que nos muestra la experiencia del régimen subsidiado hasta el momento. Idealmente, los recursos deberán ser para prevenir y promocionar la salud y en caso de recursos escasos, se le dará prioridad a los grupos de alto riesgo.

RESUMEN DEL MODELO[50]

Preámbulo

Los programas odontológicos tradicionalmente han estado orientados a la limitación del daño y a la rehabilitación, más que a la promoción y prevención.

Frente a las condiciones descritas, reglamentadas por la ley 100 de 1993, ¿cuál sería el modelo de atención odontológica para los municipios colombianos, que cumpla con los fundamentos de la bioética y la calidad en los servicios de salud, que equilibre las fuerzas de este mercado específico (Estado, ARS, IPS, Usuarios), proporcione coberturas adecuadas sin fracturar económicamente a los administradores y prestadores del servicio y disminuya la morbilidad oral en forma efectiva?

El modelo propuesto contempla las fases propuestas por el Manual de Actividades, intervenciones y procedimientos (Resolución 00526 del 5 de agosto de 1994)[51].

50. ARTÍCULO., 98. ... "La atención odontológica incluye actividades de educación , motivación y prevención, las cuales serán de carácter obligatorio y se brindarán a todo paciente que inicie su atención .Las actividades del primer nivel de atención constan de: Examen clínico odontológico, radiografías en caso necesario, educación en salud oral, indicaciones y práctica del cepillado, indicaciones y práctica con hilo dental, control de placa, detartraje supragingival, sellantes de fosas, y fisuras, topicación con flúor, profilaxis final.
51. SECRETAIA DISTRITAL de SALUD., En: Dirección de Seguridad Social, División de Prestación de Servicios de Salud. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, Actividades de Promoción, Prevención y Protección Específica. Santafé de Bogotá.

Tal como está planteado en esta resolución, las actividades de limitación de daño y rehabilitación serían posteriores a las actividades de promoción y prevención. De acuerdo al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado propuesto por la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá[52], las actividades de promoción y prevención deben ejecutarse por grupos de edad y riesgo de enfermar, al igual que la inversión económica en estas acciones puede estar a cargo de uno de los participantes: Estado (PAB) o ARS (POSS), cuando el paciente se encuentre suficientemente motivado sobre su higiene oral y presente un máximo de placa del 15% se debe continuar con el tratamiento curativo[53].

Cada una de las actividades descritas se convierte en un proceso riguroso de atención que debe ser definido en sus características de calidad, de impacto para ser organizado, ejecutado, evaluado, y controlado. Buscando así el mejor resultado, con el menor riesgo y a un costo razonable.

Ya expuestos los criterios que fueron tenidos en cuenta para el diseño del modelo, se realizará un breve resumen con las respectivas conclusiones.

La prevención fundamenta la atención en salud teniendo en cuenta los distintos niveles: Primario, en el que se debe modificar la distribución de los determinantes de la enfermedad en la población; Secundario, en el que se debe detectar tempranamente la enfermedad y dar un tratamiento oportuno; Terciario, rehabilitación, se debe reducir o prevenir efectos residuales o prolongar la vida (mejoramiento de la calidad de vida).

La prevención es entendida como el mantenimiento de la salud y no como el estudio y tratamiento de la enfermedad. Dentro de este propósito se deben impulsar políticas con un mayor énfasis en la promoción y prevención, en el caso de la caries dental y la enfermedad periodontal que es la morbilidad de mayor incidencia en nuestra población.

52. El tratamiento curativo incluye Principalmente: operatoria, exodoncias, endodoncias, cirugías menores.
53. Así como lo contempla el artículo 11 del acuerdo 23 del CNSSS.

Las actividades de promoción y prevención están orientadas a disminuir o eliminar el riesgo de enfermar de la población.

Para interés odontológico se definen actividades como: educación de la madre y el cuidado del niño menor de un año con el objetivo de indicar malos hábitos posturales, higiénicos, y alimentarios, el cuidado de las funciones vitales, así como la detección precoz de patologías orales.

Se definen allí mismo, las acciones preventivas para cada uno de los grupos etáreos, subdividiéndose en grupos de 1 a 14 años y mayores de 15 años. En éste grupo se menciona en forma general, la profilaxis, el detartraje y el control de placa bacteriana.

La Secretaría Distrital de Salud, la Dirección de Seguridad Social y la División de Prestación de Servicios de Salud, rediseñaron el programa preventivo para odontología, presentándolo por grupo poblacional (de 1 a 5 años, de 6 a 9 años de 10 a 19 años, de 20 a 60 años y mayores de 60 años).

Diagnóstico

Se requiere de un Odontólogo capacitado y con la convicción, "que prevenir es mejor que curar". Dicho profesional realizará un diagnóstico en el cuál, clasificará al paciente dentro de un índice de patogenicidad, (cario-periodontal), y lo ubicará en un nivel de atención (realizará la transferencia y la contratransferencia a otros niveles de servicios). Además, se diseña un plan individual preventivo, que abarca la particularidad Biopsicosocial del paciente y sus implicaciones para lograr la salud. El paciente se clasifica como: sano, leve, moderado y avanzado.

Para cada uno de los pacientes clasificados existe una actividad preventiva primaria (protección específica para evitar la aparición de la enfermedad),

Preventiva secundaria (diagnóstico precoz) y terciaria (limitación del daño y rehabilitación).

Sano

La actividad preventiva programada será únicamente primaria. Esta actividad debe ser realizada por la institución del sector oficial que tenga convenio con ARS local. Financieramente esta actividad deberá cargarse a la UPC de los afiliados, al régimen subsidiado o a cargo del subsidio a la oferta para los vinculados.

Leve

La actividad preventiva será primaria y secundaria. Esta actividad debe ser realizada por la institución del sector oficial que tenga convenio con la ARS local. Financieramente la actividad deberá cargarse a la UPC de los afiliados del régimen subsidiado o a cargo del subsidio a la oferta para los vinculados.

Moderado

La actividad preventiva programada será primaria, secundaria y terciaria. La actividad preventiva primaria y secundaria debe ser realizada por la institución del sector oficial que tenga convenio con la ARS local y terciaria preferiblemente por un odontólogo general, con gran experiencia operatoria y a quien se pueda auditar su tratamiento clínico.

En el caso de los vinculados, deberán ser tratados en su totalidad por la institución del sector oficial de la localidad. Financieramente la actividad deberá cargarse a la UPC de los afiliados, al régimen subsidiado o a cargo del subsidio a la oferta para los vinculados.

Avanzado

La actividad programada será primaria, secundaria, terciaria y posiblemente, requiera de tratamiento en otro nivel de complejidad. La actividad preventiva primaria y secundaria debe ser realizada por la institución del sector oficial que tenga convenio con la ARS local. La actividad preventiva terciaria preferiblemente, por un odontológo general con gran experiencia operatoria y endodóntica, a quien se puede auditar su tratamiento clínico.

Si el paciente requiere interconsultas con especialistas del segundo y tercer nivel de complejidad, será remitido a los hospitales regionales y/o universitarios para su atención. En el caso de los vinculados deberán ser tratados en su integridad por la institución del sector oficial de la localidad. Financieramente, esta actividad deberá cargarse a la UPC de los afiliados, al régimen subsidiado o a cargo del subsidio a la oferta para los vinculados. Las actividades no contempladas en el POSS estarán a cargo de los recursos del subsidio a la oferta en las instituciones Públicas.

CONCLUSIONES

1. Los modelos de atención deben dirigir sus mayores esfuerzos en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, lo que permitirá tener un impacto en la salud de los colombianos.

2. Es necesario que los municipios conozcan y utilicen la red de servicios que permite la referencia y contrarreferencia de los pacientes, dando posibilidad de atención no sólo a los afiliados al régimen contributivo como al subsidiado sino, también al grupo de vinculados, quienes no se han asegurado.

3. La conducta preventiva será específica para cada uno de los pacientes de acuerdo a su particularidad bio-psico-social, se establecerá un plan individual garantizando el mantenimiento de la salud.

4. Las políticas internas de las instituciones prestadoras de servicios deben garantizar la calidad, oportunidad y eficiencia en la atención.

5. El contexto social, económico, cultural será reconocido en el momento de construir estrategias, para asegurar las condiciones de salud oral que son de gran ayuda en determinar y orientar la particularidad de cada una de las comunidades, así como las condiciones específicas en morbilidad y necesidades básicas.

6. Es necesario priorizar la atención que permita mantener la salud a un paciente que se encuentre en un proceso crónico. Aunque tradicionalmente la conducta sea la de recuperar o limitar el daño que en la mayoría de los casos implica un tratamiento especializado o de rehabilitación.

7. La competencia tiene como objetivo el afianzarse en el mercado y no puede utilizar medios para este fin que afecten entre otras, la atención individualizada, la posibilidad de que el médico conozca cual es la condición bio-psico-social del paciente que determina su manera de enfermar. Es importante no olvidar que las sensaciones subjetivas, (el dolor, el miedo, creencias, etc.) son imprescindibles para el manejo integral del paciente.

8. La libre escogencia garantiza la calidad del servicio siempre y cuando la oferta permita la competencia en cuanto a la adecuada prestación de los servicios de salud, programas de promoción y prevención de la salud, el conocimiento por parte de los usuarios de planes de beneficios que ofrece la entidad, formas de financiación, el sistema de referencia de pacientes y los mecanismos con que se cuenta para garantizar la atención en salud.

9. Desde el punto de vista ético es válido que los usuarios (pacientes) tengan la autonomía de decidir cual es la ARS, EPS o IPS, que más le conviene de acuerdo a su propio beneficio. El garantizar la calidad del servicio con la demanda puede favorecer al grupo que por azar o circunstancias haya escogido la mejor ¿pero qué pasa con el grupo de personas que no lo hicieran así?

10. Las políticas en salud deberán estar orientadas para mejorar la calidad de vida de los colombianos. Sin embargo, el escenario real nos muestra que aun estamos ante enfermedades infecciosas y epidemias que no hemos podido acabar y que otros países desarrollados ya las superaron. Por esta razón las políticas deben formularse de acuerdo a las condiciones particulares de nuestro país, lo que obliga hacer un estudio de las patologías e índices de patogenicidad, así como el estudio del comportamiento de las enfermedades.

11. En cuanto a la prevención se refiere, debe entenderse como el mantenimiento de la salud y no como el estudio y tratamiento terminal de la enfermedad. Dentro de este propósito se deben impulsar políticas con un mayor énfasis en promoción y prevención, en el caso de la caries dental y enfermedad periodontal, que es la morbilidad de mayor incidencia en nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA

- ARISTÓTELES., *Ética a Nicómaco*. En: Libro V. cap 2.
- BERNARD, C., (1865). *Introductión a la Médecine Expérimentale*. París.
- CAMPS, Victoria., (1989). *Historia de la Ética*. Barcelona: Editorial Crítica. Pág. 285-581.
- CAPRA, F., (1998). *La trama de la Vida*. Barcelona: Ediciones Anagrama.
- DRANE, J., (1993). *Como ser un buen Médico*. Santafé de Bogotá: Ed. San Pablo.
- ENTRALGO., LAIN, Pedro., (1982). La Medicina Hipocrática. Madrid: Alianza Editores.
- ESCOBAR, Jaime., (1997). *Dimensiones Ontológicas del Cuerpo*. Santafé de Bogotá: Colección Bios y Ethos. Ediciones El Bosque. Pág. 44.
- FOCAULT, M., (1979). "El Nacimiento de la Clínica". En: *Arqueología de una Mirada Médica*. Siglo XXI. Edit Sexta. Ed. México.

- GIL, Luis., (1969). *Therapeia, La Medicina Popular en el Mundo Clásico.* Madrid: Ediciones Guadarrama, lope de Fueda.
- GRACIA, Diego., (1990).¿Qué es un sistema justo de programas de salud?, Principios para la asignación de recursos escasos. Washington: En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108.
- GRACIA, D., (1991). *Introducción a la Bioética.* Santafé de Bogotá: Ed. El Buho.
- HASTINGS, Center., (1980). Appendix D. Values, ehics, and CBA in health care, In: *Office on Technology Assessment, The Implications of Cost-effectiveness Analysis of Medical Technology.* Washington, DC: Government Printing Office. Pág. 175.
- MAINETI, J., (1987) Número especial. La Plata, Argentina: Edit. Quirón. Num.18 (1): 7-13.
- MAINETTI, J., (1972). *Realidad, Fenómeno y Misterio del cuerpo Humano.* La Plata, Argentina: Ed Quirón.
- MATURANA, H., (1993). *El sentido ae lo Humano.* Santiago de Chile: Dolmen.
- LEY 100., (1993). "Sistema de Seguridad Social Integral". En: Libro segundo: Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia.
- PELLEGRINO, Edmundo., (1997). "El Médico como Gestor de Recursos: la Asistencia Sanitaria desde la Ética y la Economía". En: *Actas de la Jornada organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud y celebrada el 26 de junio de 1996.* Madrid: ediciones Doce Calles,S.L.
- RING, E., (1989). *Historia Ilustrada de la Odontología.* Madrid: Doyma. Ilustraciones. Pág: 1. 52,142, 210.
- VALERY, P., (1991). "Reflexiones Simples sobre el cuerpo". En: *Fragmentos para una Historia del cuerpo humano.* Parte II. Madrid: Edit. Taurus.