



DEFENSORÍA  
DEL PUEBLO  
COLOMBIA

PROGRAMA  
DE SALUD



## Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud





# Autonomía Médica

y su relación con la prestación  
de los Servicios de Salud



**DEFENSORÍA DEL PUEBLO**  
Derechos humanos, para vivir en paz

**Vólmar Antonio Pérez Ortiz**  
Defensor del Pueblo

**Gloria Elsa Ramírez Vanegas**  
Secretaria General (E)

**Diseño gráfico e impresión:**  
Imprenta Nacional de Colombia

El presente texto se puede reproducir,  
fotocopiar o replicar, total o parcialmente,  
siempre que cite la fuente.

**Defensoría del Pueblo**  
Calle 55 No. 10-32  
A.A. 24299 - Bogotá, D.C.  
Teléfonos: 314 73 00 - 314 40 00

[www.defensoria.org.co](http://www.defensoria.org.co)

Bogotá, D.C., 2007

# Autonomía Médica

## y su relación con la prestación de los Servicios de Salud

**Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la  
Defensoría del Pueblo**

MARTHA LUCÍA GUALTERO REYES

Coordinadora del Programa de Salud

JAIRO ALBERTO BETANCOURT MALDONADO

Economista, especialista en Finanzas Públicas

HILARIO PARDO ARIZA

Estadístico, magíster en Ciencias Financieras y Sistemas

ALEXANDRA ORJUELA GUERRERO

Médico, especialista en Salud Familiar

LYDA MARIANA GONZÁLEZ LIZARAZO

Abogada, especialista en Derecho Público



# CONTENIDO

	<b>Págs.</b>
Contenido .....	5
Índice de tablas .....	7
Índice de gráficas y mapas .....	11
Anexos .....	13
Agradecimientos .....	15
Introducción .....	23
1. Objetivos .....	25
1.1. Objetivo general .....	25
1.2. Objetivos específicos.....	25
2. Aspectos metodológicos .....	27
2.1. Prueba piloto .....	28
2.2. Características de la muestra.....	28
2.3. Formulario.....	29
Observaciones .....	30
2.4. Capacitación.....	30
3. Marco conceptual.....	31
3.1. La autonomía médica a la luz del modelo de aseguramiento en colombia	31
3.2. El juramento hipocrático moderno.....	35
3.3. Declaración de Madrid de la Asociación Médica Mundial sobre la autonomía y autorregulación profesionales .....	39
4. Resultados .....	45
4.1. Características generales de los médicos en colombia.....	45
4.1.1. Edad .....	45
4.1.2. Estrato socioeconómico .....	45
4.1.3. Género .....	47



4.1.4. Estado civil.....	48
4.2. Formación académica.....	48
4.2.1. Tipo de universidad.....	48
4.2.2. Especializaciones y otros estudios.....	50
4.3. Condiciones de bienestar.....	51
4.3.1. Actividades realizadas en tiempo libre.....	52
4.3.2. Vacaciones.....	52
4.4. Información laboral.....	52
4.4.1. Áreas de trabajo.....	53
4.4.2. Jornadas de trabajo.....	54
4.4.3. Tiempo en consulta.....	55
4.4.4. Tipo de vinculación y contratación.....	58
4.4.5. Formas de pago.....	60
4.5. Restricciones.....	61
4.5.1. Forma de hacer las restricciones.....	62
4.5.2. Tipo de restricciones.....	63
4.5.3. Restricciones por servicios.....	64
4.5.3.1. Restricciones en exámenes de laboratorio.....	65
4.5.3.2. Restricciones en medicamentos.....	65
4.5.3.3. Restricciones en imágenes diagnósticas.....	65
4.5.3.4. Restricciones en remisión a especialistas.....	66
4.5.3.5. Restricciones en cirugías.....	66
4.5.3.6. Restricciones en días de incapacidad.....	66
4.6. Incentivos.....	66
4.6.1. Tipos de incentivos.....	67
4.7. Capacitación.....	67
4.8. Seguridad social.....	68
4.9. Ingresos.....	69
Conclusiones.....	71
Recomendaciones.....	73
Anexos.....	75
Anexo No. 1.....	75
Anexo No. 2.....	78
Anexo No. 3.....	79

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Págs.</b>
Tabla N° 1	
Distribución de los médicos según grupo de edad.....	46
Tabla N° 2	
Distribución de los médicos según estrato socioeconómico.....	46
Tabla N° 3	
Distribución de los médicos según género.....	47
Tabla N° 4	
Distribución de los médicos según estado civil.....	48
Tabla N° 5	
Distribución de los médicos según tipo de universidad de egreso.....	49
Tabla N° 6	
Distribución de los médicos según universidad de egreso.....	49
Tabla N° 7	
¿Realizó especialización? .....	50
Tabla N° 8	
Tipo de especialización realizada .....	51
Tabla N° 9	
¿Tiene tiempo libre para el esparcimiento? .....	51
Tabla N° 10	
Actividades realizadas por el médico en su tiempo libre.....	52
Tabla N° 11	
¿Ha disfrutado de vacaciones en los últimos cinco años? .....	52
Tabla N° 12	
¿Trabaja en el sector salud? .....	53





Tabla N° 13	
Áreas de trabajo de los médicos en Colombia .....	53
Tabla N° 14	
Servicios asistenciales prestados por los médicos .....	54
Tabla N° 15	
Carga laboral .....	55
Tabla N° 16	
Tiempo de una consulta médica .....	56
Tabla N° 17	
Tiempo expresado en minutos de una consulta médica .....	57
Tabla N° 18	
Tiempo esperado de una consulta médica .....	57
Tabla N° 19	
¿Le incrementan la agenda con citas prioritarias? .....	58
Tabla N° 20	
Sector en el que trabaja .....	58
Tabla N° 21	
Tipo de vinculación en el sector público .....	59
Tabla N° 22	
Tipo de vinculación en el sector privado .....	60
Tabla N° 23	
Formas de pago a los médicos .....	61
Tabla N° 24	
Restricciones en servicios .....	61
Tabla N° 25	
Restricciones en servicios por sector .....	62
Tabla N° 26	
Forma en que las EPS/IPS restringen servicios .....	62
Tabla N° 27	
Tipo de restricciones .....	63
Tabla N° 28	
Porcentaje de restricciones en cada uno de los servicios .....	64



	<b>Págs.</b>
Tabla N° 29	
¿Le han ofrecido algún incentivo?.....	66
Tabla N° 30	
Tipo de incentivo ofrecido .....	67
Tabla N° 31	
¿La EPS/IPS lo capacita en contenidos del POS? .....	67
Tabla N° 32	
¿La EPS/IPS lo capacita en su actividad profesional?.....	68
Tabla N° 33	
¿Considera que está trabajando para una entidad comprometida con el servicio?	68
Tabla N° 34	
Cotización al Sistema de Seguridad Social.....	69
Tabla N° 35	
Ingresos mensuales de los médicos en Colombia.....	69





## ÍNDICE DE GRÁFICAS Y MAPAS

	<b>Págs.</b>
Gráfica N° 1	
Distribución de los médicos por rango de edad.....	46
Gráfica N° 2	
Distribución de los médicos por estrato socioeconómico.....	47
Gráfica N° 3	
Distribución de los médicos por género.....	47
Gráfica N° 4	
Distribución de los médicos según el estado civil .....	48
Gráfica N° 5	
Realización de especializaciones .....	50
Gráfica N° 6	
Áreas donde trabajan los médicos.....	54
Gráfica N° 7	
Tiempos asignados y esperados para una consulta .....	56
Gráfica N° 8	
Tiempos asignados y esperados para cada una de las etapas de una consulta .....	57
Gráfica N° 9	
Forma como se hacen las restricciones.....	63
Gráfica N° 10	
Tipos de restricciones.....	64
Gráfica N° 11	
Servicios más restringidos .....	64



**Págs.**

Gráfica N° 12	
Tipos de incentivos ofrecidos .....	67
Gráfica N° 13	
Cotización al Sistema de Seguridad Social.....	69
Mapa N° 1	
Municipios en donde se realizó la encuesta.....	27
Mapa N° 2	
Regiones del país según la Resolución 1013 de 2005 .....	29

## ANEXOS

	<b>Págs.</b>
Anexo N° 1	
Formulario de encuesta .....	75
Anexo N° 2	
Especialidades asistenciales realizadas por los médicos .....	78
Anexo N° 3	
Especialidades administrativas realizadas por los médicos .....	79



## AGRADECIMIENTOS

**A**l doctor Ricardo Humberto Rozo Uribe, Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME); al doctor Ignacio Ruiz, presidente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE); Herman Redondo, vicepresidente de la Asociación Médica Colombiana y ex consejero del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y a cada uno de los representantes de las EPS que administran el régimen contributivo y subsidiado.

A los defensores regionales y seccionales, defensores públicos y demás personas que colaboraron en el diligenciamiento de las encuestas que se hicieron a los profesionales médicos en las distintas ciudades.

### ANTIOQUIA

Doctora Sandra María Rojas Manrique. Defensora de la Regional Antioquia.

Doctores Wálter Mejía, Manuel José Mejía, Luis Fernando Restrepo, Luis Carlos Roldán Uribe, Adriana Pulgarín, William Franco González, Jaime Enrique Ceballos, Horacio Jiménez Pinzón, Álvaro Alonso Puerta Morales, Teresita Sierra, Hernán Salazar, Jairo Antonio Marín Mosquera, Otto Fabio Reyes, Raúl Muñoz Galindo, Juan Fernando Henao, Jhon Jairo Castro Ríos, Patricia Ramírez, Jorge Isaac Echeverri Franco, Jorge Diego García Escobar, Germán Mejía Álvarez, Fabián Lisandro Restrepo Beltrán, Luis Fernando Cerón, José Antonio Munin Mosquera, Elizabeth Giraldo Zuluaga y Eduardo Arturo Gil Trigos.

### ATLÁNTICO

Doctora Felisa María Salcedo Revollo, Defensora de la Regional Atlántico.

Doctores María Victoria Martes Molinares, Moisés de la Cruz, Miguel Ángel Suárez, Luz Margarita Llanos, José Joaquín Cortés, Francisco Cuentas Victoria, Francisco Campo A., Alexánder Díaz Pedrozo, Walberto Domínguez Bolívar, Vera Castellanos Verdugo, Roberto Gómez Barrios, Patricia María



Bolaño, Jesús Montero C., Hernando Araújo, Hernán Calvo Silva, Heinz Olivo Cabrera, Farid Miguel Turbay Lazcar, Andrés Avelino Gutiérrez Miranda, Zaida H. Barraza Acosta, Rogelio Cantillo Manotas y Juan Muñoz.

## BOGOTÁ

Doctor Rubén Darío Montoya Mejía, Defensor de la Regional Bogotá.

Doctores Óscar Mauricio Saavedra, Claudia Arévalo, Yuris Mijailoth Uriana Ipuna, Sergio Junco, Raúl Nieto Gómez, Orlando Pineda Pineda, Ómar Martínez Álvarez, Myriam Gutiérrez, Mónica del Rosario Quintero Montoya, Luz Myriam López Lugo, Luz Marina Tapia, Luis Enrique González, Luis E. Sierra, Luis Alejandro Motta Zapata, Luis Alberto Niño Vargas, Julio Salamanca, Juan Carlos Rojas Amorocho, José Humberto Pulido, Jorge Arnulfo Muñoz Gutiérrez, Jair Martínez, J.O. Achicanoy, Heidi Patricia Baldosea Perea, Gloria Bolívar, Gladys Abello de Cubillos, Diego Tello Esquivel, Beatriz Cuervo, Ángela Galvis, Andrés Mauricio Vela Correa, Ana Mercedes Aranguren, Mery Yolanda Ardila, Édgar Loaiza, Rafael Calderón Ortiz, Piedad Lucía Quintero, Orfa Patricia Monroy, Mariela Santos, Maret Cecilia García, Julieta Fernández, José Trinidad Rico L., Jesús Giovanni Álvarez, Javier Jáuregui, Islenia Valencia Forero, Guillermo Montoya, Germán Rubiano Carranza, Elizabeth Bautista, Delia Rubiano Barreto, Rosalía Castro de Sotelo, Sonia Rincón, Saturio Flechas Díaz, Pedro Nel Cuesta Romero, Óscar Rodrigo Perilla Díaz, Martín Correal, María E. Sánchez, María del Pilar Valencia, Luis Germán Torres, Giovanni Quintero Pardo, Freddy Mauricio García, Elkin Echeverri, Bernardo Molina Laguna, Amalia Velosa, Jesús Alberto Solarte Benavides, Sonia Alejo Ardila, Olga Yolanda Pinto, Nubia León Rincón, Luz Linda Rodríguez, Luis Iglesias, Hernán Adolfo Amado Pardo, Gloria Lucía Vaca Ulloa, Flor María Uribe Duque, Fernando Mora León, Edilberto C. López, Carmen Rico, Carlos Félix Rosero Diago, Javier Mora López, Ana Ligia Expósito, Ana Cerquera, Pedro Martín Roza, Mauricio Urdaneta, María Laverde García, María Sánchez, Luz Paula Rodríguez, Jimmy Orlando Ávila, Daniel Mora López y Carlos Andrés Bernal.

## BOLÍVAR

Doctor Arturo Nicolás Zea Lozano, Defensor de la Regional Bolívar.

Doctores Juan Antonio Royero Martínez, José Félix Ramos, Gustavo Martínez Betancourt, Emiro Rodríguez, María Victoria Martes Molinares, Jacqueline Castañeda Fernández, Jaime Flores Viñas, Gerlein Yepes Romero y Anselmo Mercado Vergara.

## BOYACÁ

Doctor Gustavo A. Tobo Rodríguez, Defensor de la Regional Boyacá.

Doctores Ricardo Peralta, Carlos Valderrama Tarazona, Édgar Arnulfo Lo-



zano, William Ayala, Pedro Elías Garzón Lozada, Luis Augusto Barahona Granada, José Noé Barrera Sáenz, Sara María Franco de Muñoz, Rocío Saavedra Quemán, María Luisa Jaime C., Manuel José Granados López, Gonzalo García, Gloria Reyes, Germán Eduardo Robayo Pedraza, Argemiro Álvarez, Javier Mora López, Sonia Sánchez Lemus, Mauricio Serrato Navas, Marco Julio Bravo R., Luz Mayali Higuera, Luis Eduardo Mariño Ochoa y Carlos Olarte.

## CALDAS

Doctor Gustavo Restrepo Pérez, Defensor de la Regional Caldas.

Doctores Freddy Trujillo, Martha Alicia Grisales, José Wálter Mercado, Walter Moncada, Luz Carima Londoño, Hernando Londoño, Fabio Alberto Ramírez Zuluaga, Ariel Naranjo García y Alonso Moreno Valencia.

## CAUCA

Doctor Víctor Javier Meléndez Guevara, Defensor de la Regional Cauca.

Doctores Milton Gabriel Ordóñez Muñoz, Leidy Amparo Niño, Rodrigo Bastidas, Juan José Acosta Fernández, Dolores Herminia Villota Castro y Argemiro Ordóñez.

## CÓRDOBA

Doctora Julia del C. Rodríguez Guerra, Defensora de la Regional Córdoba.

Doctores Orlis Ricardo Álvarez, Marco Sáenz Valverde, Jesús Negrete Carrascal, Guillermo de León Lugo, Guillermo Álvarez Merchán, Fernando Burgos Támara y Antonio José Vega Hoyos.

## CUNDINAMARCA

Doctor Luis Mauricio Vesga Carreño, Defensor (e) de la Regional Cundinamarca.

Doctores José Camargo, Manuel Antonio Amaya Benavides, Hugo Ernesto Suárez, Gustavo Larohar, Elsa Gloria Cortés, Diana Orjuela Pulido, Ricardo Díaz Cárdenas, Mauricio Herrera Castro, José Ómar Osorio Caballero, Jorge Tiberio Moreno Gutiérrez, Isaac García Ortiz, Benjamín Galeano Zea, Ana Stella Ruíz y Alberto Raúl Urrego.

## CHOCÓ

Doctor Víctor Raúl Mosquera García, Defensor de la Regional Chocó.

Doctores Jenny Torres Deniego, Johann Lemos Romante y Jenny Avellandada Ríos.



## HUILA

Doctora Constanza Dorian Arias Perdomo, Defensora de la Regional Huila.

Doctores Sheiba Cuenca, Hernando Losada, Hernán Castro Torres, Ernesto Cruz, Édgar Cuello Pascuas, Carlos Collazos Montero, Olga Elena, Martha Andrea Alegrín, María Josefa Selva V., Luz Ena Rojas de Quintero, Leonardo González, Jorge García, Jimeno Rojas, Isaura Lozano Jiménez, Fernando Ardila Pena y Claudia Gil.

## MAGDALENA

Doctora Licet Peñaranda Peña, Defensora de la Regional Magdalena.

Doctores Manuel del Valle Montero, Rafael Aarón Urbina, Jorge Octavio Pereira, Elvi Serrano Márquez, Arline Fernanda Masson, Andrés Arbeláez Correa, Rogelio Enrique Jiménez, Ricardo Montoya Infante, Jair Alberto Jimeno Peña, Armando Castillo y Alberto Escalante.

## META

Doctor Carlos Enrique Martínez Briceño, Defensor de la Regional Meta.

Doctores Hernán Castañeda Chau, Óscar Forero, Marisol Barajas, Luis Fernando Pinzón, José Ignacio Zúñiga, Hugo Armando Jaimes Fajardo, Gonzalo Hernández, Camilo Esteban Zuleta Ardila, Byron Silva, Álvaro Amaya, Édgar Loaiza, Ana Ligia Expósito y Rafael Octavio Roa Pedraza.

## NARIÑO

Doctor Álvaro Raúl Vallejos Yela, Defensor de la Regional Nariño.

Doctores Leoncio Antonio Valverde, Mariela Burbano, Javier Oñate, William León, Clara Helena Caguasango y William León Alvear.

## NORTE DE SANTANDER

Doctora Carmen Ligia Galvis G., Defensora de la Regional Norte de Santander.

Doctores Mario Jacome Sagra, Álvaro Sarmiento Herrera, Pedro Salvador Quintero Becerra, Óscar Emilio Pallares Carrascal, Luis Alfonso Cárdenas Morales, Leonardo López, José Antonio Duarte Castellanos, Jaime Laguardo Duarte, Iván Saldarriaga, Emilio Rivera Jaimes, Claudia Marcela Mantilla Ayala, Blanca Aurora Suárez Martínez, Apolinio Díaz, Álvaro Ordóñez Ortega, Ana Cerquera, Rosario García, Ramiro García Mejía, Rafael Moggollón, Nicolás Antonio Rangel Colmenares, Luis Ricardo Anselmi Roca, Luis Enrique Borbón Díaz, Juvenal Valero, José Uriel Bautista, José Mario López, Euclides García M., Efraín Gómez Izquierdo, Carlos Roque, Carlos Felipe Rosero Diago, Camilo Enrique Suárez Rojas y Álvaro Francisco Silva Uribe.



## PUTUMAYO

Doctora Carmen Lozano Quintero, Defensora (e) de la Regional Putumayo.

Doctores Mery Yolanda Ardila y Jesús Alberto Solarte Benavides.

## QUINDÍO

Doctora Piedad Correal Rubiano, Defensora de la Regional Quindío.

Doctores Jorge Ariel Treviño Rodríguez, Óscar Arbeláez Londoño, Mónica López G., Luis Alberto Balsero Contreras, José Ferney Gutiérrez, José Alejandro Arias Cruz, Jorge G. Álvarez, Javier Marín, Jairo Moreno Buitrago, Gloria Nancy Velásquez Grajales, Myriam Castillo Ariza, Martha Cecilia Castaño Cortés, María Consuelo Díaz Neira, Marco Alirio Triviño, Luz Adriana Gómez Ocampo, Luis Fernando Hernández Gallego, Ligia Patricia Sierra Arbeláez, Julián E. Murillo, Horacio Muñoz, Ignacio Muñoz Echeverri, Héctor Raúl Tovar Castrillón, Edison Puentes, Debbie Dique Burgos, Bernardo Velásquez Mahecha, Alexander V. Fernández y Alberto Murillo Wills.

## RISARALDA

Doctor Luis Carlos Leal Vélez, Defensor de la Regional Risaralda.

Doctores Noralba Sánchez y Jairo de Jesús Velásquez.

## SANTANDER

Doctora Ana Felicia Barajas Barajas, Defensora de la Regional Santander.

Doctores Orlando Zambrano Mora, Orlando Cala Cala, Luis Francisco Casas Farfán, Juan Manuel Rodríguez Rueda, Juan Manuel Quintero O., Gleana Duarte Pulido, Félix Alberto Cubillos Redondo, Fanny Amparo Jerez, Avelino Paredes Téllez, Patricia Pinto Mantilla, Luz Dary López Pico, Luis Hernando Ortiz, Luis Alejandro Toloza Ramírez y Gregorio Bautista Quijano.

## TOLIMA

Doctor Santiago Ramírez Calderón, Defensor de la Regional Tolima.

Doctores Óscar Bastidas Carrión, Yesid Fernando Jarro H., Sonia Cecilia Lozano Gamboa, Nieves Rodríguez Rodríguez, Ernesto Arévalo González, Elsa Piedad Mora Gómez, Carlos Eduardo Tijaro Gutiérrez, Alberto Acosta Galindo, Adolfo Bernal Díaz, Rosalía Castro de Sotelo, Sandra Milena Ocampo, Ricardo Rodríguez González, Ramón Martínez Rodas, Miguel Ángel Bernal Jiménez, Luis Carlos Acosta Ramírez, Ligia Estefanía Devio, Jorge Iván Amortegui, Henry Jesús Lobo, Henry Alfonso Valdés Franco, Gustavo Lara Ortiz y Edna Margarita Rubio Cuéllar.



## VALLE DEL CAUCA

Doctor Andrés Santamaría Garrido, Defensor de la Regional Valle del Cauca.

Doctor Janier Rivera Cabal, ex Defensor

Doctores Yamile Plaza, Marlene Isabel López, Javier Herrera Silva, Óscar René Calvachi, Luis Eduardo Castrillón, Luis Alberto Montenegro, Óscar Mariana Posso, Jaime Herrera Sánchez, Miguel Ángel Hernández Gaviria, Martha Lucía Correa Prado, Luis Ángel Balanza, José Humberto Hernández, Inés Benitez, Francisco Torres, Fabio Gutiérrez, Diego Fernando Guevara, Cruz Mario Oquendo Herrera, Carlos Alfonso Coral, Armando Torres Gómez y Agobardo Tascón.

## AMAZONAS

Doctora Estella Rosa Tirado Alvis, Defensora de la Seccional Amazonas.

## ARAUCA

Doctora Gloria Cuitiva Orjuela.

Doctor César Adelmo Capera.

## CAQUETÁ

Doctor Álvaro Castelblanco Cardozo, Defensor de la Seccional Caquetá.

Doctor Fernando Acosta

## CASANARE

Doctor Mauricio Mojica Flórez, Defensor de la Seccional Casanare.

Doctores Miguel Cely, Carlos Vargas y Álvaro Gaitán Bermúdez.

## CESAR

Doctor Agustín Flórez Cuello, Defensor de la Seccional Cesar.

Doctora Eva María Castillo Vides, ex Defensora.

Doctores Luis Rafael Nieto Pardo, Alexander Mendoza Arzuaga y Hugo Rafael Núñez Romero.

## LA GUAJIRA

Doctor Fernando A. López Suárez, Defensor de la Seccional La Guajira.

Doctores Óscar Romero, Rossana Barros y María del Pilar Valencia de la Hoz.



SAN ANDRÉS

Doctor Fidel Antonio Corpus Suárez, Defensor de la Seccional San Andrés.

Doctor Ismael Hernández París.

SUCRE

Doctor Óscar Luis Herrera Revollo, Defensor de la Seccional Sucre.

Doctores Wilfredo Wilches, Jorge Mercado, Édgar Stave Buelvas, Nancy Contreras, Jorge Montes Serrano, Jairo J. Restom, Víctor M. Castro Yépez, Fiderman José Oviedo, Álvaro Puello y Roberto Sierra Quiroz.



## INTRODUCCIÓN

La Defensoría del Pueblo, en el último quinquenio, viene realizando seguimiento al desarrollo del sistema general de seguridad social en salud. Ha realizado tres encuestas de satisfacción de usuarios, ha publicado dos estudios de tutela en salud, ha orientado a los usuarios a través de cartillas y ha elaborado informes puntuales tendientes a prevenir o denunciar posibles vulneraciones al derecho a la salud.

En esta ocasión, ante el clamor de los médicos, que también hacen parte del Sistema General de Seguridad Social y consideran que el ejercicio de su profesión se ha menoscabado con la implementación en Colombia del modelo de aseguramiento en salud, esta entidad se trazó como propósito medir el grado de constreñimiento en el ejercicio de la profesión, no sólo por el efecto que el modelo ha causando en los profesionales de la rama, sino porque este repercute en el estado de salud de los colombianos.

La medicina, como profesión liberal, gozaba del privilegio de que los médicos decidieran con plena autonomía qué era lo que más le convenía al paciente, y estos procedían al cumplimiento de su deber como responsables del cuidado de la salud.

Con la adopción de las nuevas formas en la administración y atención, conocidas como “salud gerenciada” o “managed care”, y la extensión y consolidación de empresas públicas y privadas que administran planes de salud en diversos países de economía de mercado, la tradicional autonomía de los médicos ha sufrido un cambio: ha terminado la liberalidad del ejercicio profesional y por extensión la estrecha relación médico-paciente, de lo cual Colombia no se ha escapado.

Según versiones de los propios médicos y de los usuarios de salud, las decisiones sobre los pacientes dejaron de ser de los médicos. Ahora son las aseguradoras que administran un plan de salud las que imponen no solo la conducta sino también las condiciones, los precios y los honorarios. Debido a esta tendencia, el número de médicos que laboran en consulta privada e independiente ha disminuido, y los que están en ejercicio son en su mayoría empleados de organizaciones de salud.



El rápido crecimiento del manejo gerencial de la salud y su impacto sobre la toma de decisiones ha producido frustración y sentimientos de impotencia en muchos médicos, al punto de que sienten que su profesión pasó a un estado de postración frente a economistas, contadores y demás profesionales de las áreas administrativas y financieras, que en su mayoría perciben la salud como un negocio y no como un bien público con garantía constitucional, delegada por el Estado.

Por lo anterior, el presente estudio pretende desmentir o corroborar los comentarios que, de manera general, se escuchan sobre la relación aseguradora – médico – paciente.

# 1. OBJETIVOS

## 1.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la autonomía que tienen los médicos en la formulación y remisión de servicios médicos en el actual modelo de Seguridad Social en Salud.

## 1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las cargas de trabajo que tienen los médicos colombianos.
- Determinar la forma como están siendo contratados los médicos por las EPS e IPS.
- Determinar el tiempo de consulta asignado por las EPS a los médicos para la atención de los usuarios.
- Determinar si hay condicionamientos de parte de las EPS/IPS en la atención de servicios de Salud a los médicos.
- Determinar los medicamentos, exámenes, cirugías e imágenes diagnósticas que son restringidos en la atención médica.
- Determinar los tiempos utilizados por los médicos en cada una de las actividades desarrolladas en una consulta.
- Determinar el nivel de ingresos de los médicos colombianos.
- Determinar si las EPS/IPS ofrecen incentivos a los médicos por negar o restringir servicios médicos.

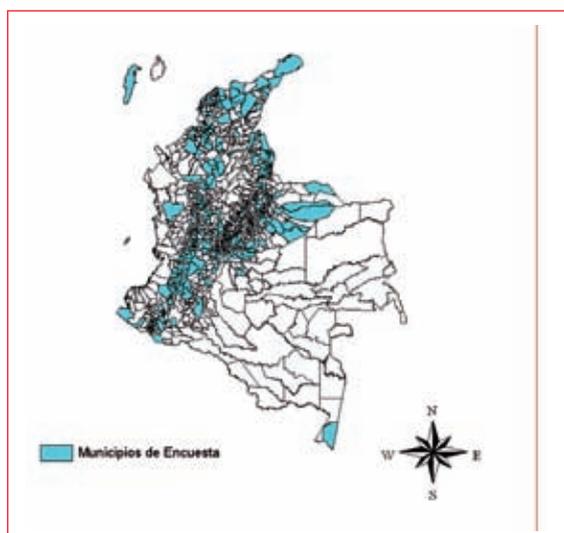


## 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

El presente estudio es de tipo descriptivo, con objeto de hacer un recuento de las condiciones laborales de los médicos colombianos y su autonomía en la formulación y remisión de sus servicios. El estudio se realizó mediante un muestreo estratificado aleatorio, por regiones, seleccionado de un marco muestral de 41.252 médicos elaborado por la Defensoría del Pueblo con base en información suministrada por las EPS, ASCOFAME y SCARE. La encuesta implica la entrevista directa a los profesionales médicos en una cobertura nacional que se extendió a 298 municipios del país (Mapa N° 1) a través de los defensores públicos de las 35 regionales y seccionales que tiene la entidad en todo el territorio nacional. El tiempo de realización fue de junio a diciembre de 2006.

MAPA N° 1

### MUNICIPIOS EN DONDE SE REALIZÓ LA ENCUESTA





## 2.1. PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se desarrolló durante los días 3, 4 y 5 de junio de 2006 en la ciudad de Bogotá, para la cual se seleccionaron 66 médicos de la capital que prestaban servicios en el régimen contributivo y subsidiado de la ciudad. Esta prueba permitió eliminar algunas preguntas, establecer el tiempo de respuesta, adicionar o eliminar opciones de respuesta y determinar saltos de preguntas.

## 2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

**Población objetivo:** profesionales médicos que laboran en el territorio nacional.

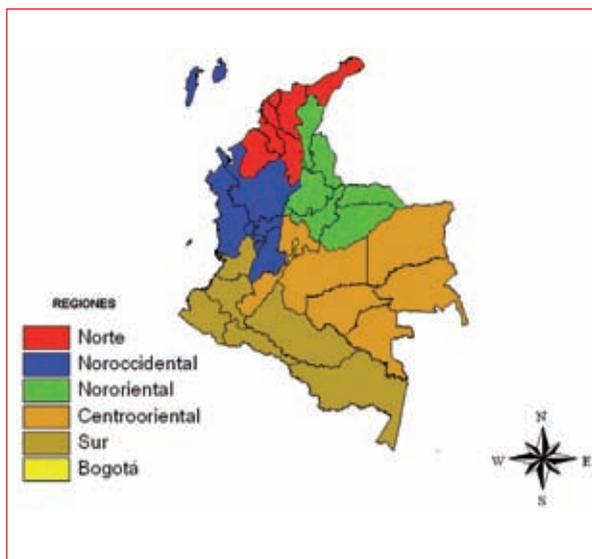
**Marco muestral:** médicos que estaban laborando en Colombia en el segundo semestre de 2006 y que se encontraban en la base de datos elaborada por la Defensoría del Pueblo con base en información suministrada por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), y la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE).

**Modelo de muestreo:** tipo aleatorio estratificado por región<sup>1</sup> con asignación proporcional, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 3%. Bogotá, D.C. se tomó como región independiente.

**Tamaño de la muestra:** 1.544 médicos seleccionados del marco muestral elaborado por la Defensoría del Pueblo, el cual incluye un estimado del 5% de “no respuesta”. La distribución selectiva tuvo en cuenta el número de médicos por región, que sirvió como ponderador. El análisis crítico de la información y la no recolección de datos por la negativa de algunos médicos al suministro de la información, condujeron a que se eliminaran 64 unidades muestrales (4,3% del grupo denominado de “no respuesta”). De este modo, el número final de médicos encuestados válidos para el análisis fue de 1.480, distribuidos en 5 regiones. (Mapa N° 2).

<sup>1</sup> Regiones determinadas en la Resolución 1013 de 2005 que define las zonas de operación del régimen subsidiado. Región Norte: departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Atlántico, Magdalena y Guajira; Región Noroccidental: departamentos de Antioquia, San Andrés y Providencia, Chocó, Caldas, Risaralda, Quindío y Tolima; Región Nororiental: departamentos de Norte de Santander, Santander, Cesar, Boyacá, Arauca y Casanare; Región Centroriental: Bogotá, D. C., y los departamentos de Huila, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Guainía, Vaupés y Vichada; Región Sur: departamentos de Valle, Cauca, Nariño, Putumayo, Caquetá y Amazonas.

**MAPA N° 2**  
**REGIONES DEL PAÍS SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1013 DE 2005**



Unidad de análisis: médico que se encontraba laborando en el segundo semestre de 2006.

### 2.3. FORMULARIO

La recolección de la información se realizó mediante un cuestionario que comprendía cuatro secciones, según la siguiente estructura: (Anexo N° 1).

Sección 1: Identificación del profesional médico.

Sección 2: Información académica.

Sección 3: Información sobre bienestar del profesional médico.

Sección 4: Información laboral.

- Áreas de trabajo.
- EPS/IPS donde trabaja.
- Formas de contratación.
- Tipo de restricciones.
- Restricciones en exámenes.
- Restricciones en imágenes diagnósticas.
- Restricciones en especialistas.



- Restricciones en cirugías.
- Restricciones en medicamentos.
- Restricciones en otros servicios.
- Tiempos de consulta.
- Incentivos.
- Otras actividades diferentes de salud.
- Ingresos.

### **Observaciones**

En razón de la confidencialidad de la encuesta, en el formulario no se consignó el nombre, identificación, dirección de residencia, ni la dirección de trabajo del médico encuestado. Estos datos solo fueron utilizados para la ubicación de la unidad de análisis.

### **2.4. CAPACITACIÓN**

La capacitación de los supervisores y recolectores de la información fue impartida por los asesores del grupo de salud de la Defensoría del Pueblo en cada una de las ciudades capitales en donde tiene sede la entidad. Los recolectores recibieron capacitación específica sobre los contenidos del POS y sobre aspectos generales del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud (SNSSS). En total, se capacitaron 650 Defensores Públicos. Adicionalmente, fueron entrenados sobre el manejo del formulario y sobre los aspectos más importantes del mismo, trabajando en profundidad sobre las definiciones de tipo médico contenidas en el instrumento.

## 3. MARCO CONCEPTUAL

### 3.1. LA AUTONOMÍA MÉDICA A LA LUZ DEL MODELO DE ASEGURAMIENTO EN COLOMBIA

**A** lo largo de los siglos, el ejercicio de la medicina giró alrededor de una comunión, más que de una relación, entre médicos y pacientes. En épocas primitivas, el proceso de curación de la enfermedad tenía que ver directamente con la divinidad dispensadora de salud, por lo cual, quienes lo practicaban, especialmente sacerdotes y brujos, eran vistos por los pacientes como personas muy cercanas a los dioses. Este hecho generó una credibilidad y confianza casi ciegas de los pacientes en los primitivos practicantes de la medicina, atributos que también posteriormente fueron dispensados a los médicos.

Los testimonios más remotos se hallaron en pinturas rupestres de Europa Occidental que datan 25.000 años a. de C, donde se muestra a chamanes adornados con plumas o cuernos de animales. En estas comunidades el chamán era el “elegido”, por cuanto se lo consideraba en contacto directo con los dioses. Uno de sus fines era el de combatir, mediante rituales de curación, las enfermedades que se suponían obra de un espíritu maligno. Por eso, entre los conocimientos de los hechiceros se cuenta el saber médico<sup>2</sup>.

En las antiguas culturas se atribuía a la brujería el origen de las enfermedades, aunque también a la ira de los dioses, disgustados por el mal desarrollo del culto o por la trasgresión de un tabú. En el Egipto de los grandes faraones, los enfermos no eran rechazados con burla sino tratados con amor<sup>3</sup>; un ejemplo de humanismo para la modernidad.

Con los cambios políticos y sociales, además del progreso científico y tecnológico, las condiciones de vida y las costumbres evolucionaron. La aparición de la seguridad social en Alemania, a finales del siglo XIX, si bien

<sup>2</sup> Aliados con los dioses. Crónica de la Medicina - Prehistoria. 1599, Plaza y Janes Editores S.A. - Bayer Tomo 1. Bogotá Colombia, 1995.

<sup>3</sup> Primeras teorías médicas: entre la magia y la razón. 3000-500 a de C., Op cit 1.



significó para las grandes masas la oportunidad de acceder a la atención de la salud, marcó el primer golpe contra la relación del médico y sus pacientes. A partir de ese momento, estos no llegaban al consultorio por un proceso de libre elección, que generaba un contrato eminentemente personal entre las dos partes, sino que lo hacían mediante decisión arbitraria de la institución encargada de la seguridad social, la cual pagaba al médico sus servicios, despersonalizando así la antigua relación.

El avance tecnológico limitó progresivamente el papel del médico en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, los cuales son cada vez más el producto de complejos y costosos medios tecnológicos, situación que de hecho recorta ante los ojos del paciente y de los agenciados de este la imagen omnipotente del médico.

Otra de las razones que quizás ha influido en el deterioro de la antigua relación ha sido la virtual desaparición del médico humanista. Muchos médicos modernos no llegan a conocer nunca el nombre de sus pacientes, que se materializan a través del número de una historia clínica y de la orden de servicios de una entidad de seguridad social. Una realidad es que el retorno a la antigua relación médico-paciente, como lo piden algunos educadores médicos y tratadistas diversos, no deja de ser una utopía<sup>4</sup>. Ello, claro está, limita el ejercicio de la autonomía médica.

Según el léxico de bioética de la Facultad de Medicina, Ciencias y Farmacia de la Universidad de Navarra (España), la autonomía médica consiste en la capacidad de decisión del médico en el contexto de una relación terapéutica. La participación activa del paciente en la relación terapéutica no convierte al médico en un mero servidor que obedece lo que el enfermo le impone dictatorialmente: el médico conserva su propia capacidad de decisión, y puede negarse a realizar acciones que considere inadecuadas, sea por razones médicas o por razones morales.

En estrecha relación con la autonomía médica se debe contemplar la ética médica, como disciplina que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios y conscientes; y al decir “actos médicos” debe hacerse referencia a los que adelanta el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente (Ética Médica Individual) y a la sociedad (Ética Médica Social). Los actos que lleve a cabo en función de su vida privada, no profesional, caerán en el campo de la Ética General, la misma que permite juzgar los actos de cualquier persona.

Tres son los principios que en la actualidad hacen las veces de leyes morales en Ética Médica y que, fueron propuestos, con carácter general, por el

<sup>4</sup> La calidad de vida y la relación médico-paciente, Luis Javier Uribe Uribe, publicado en Garantía de la Calidad en Salud, pág.135.



filósofo David Ross. Son ellos: autonomía, beneficencia – no maleficencia y justicia.

La autonomía hace referencia a la libertad que tiene una persona para establecer sus normas personales de conducta, es decir, la facultad para gobernarse a sí misma, basada en su propio sistema de valores y principios. La palabra deriva del griego autos que significa “mismo” y nomos que significa “regla”, “gobierno”, “ley”, es decir, expresa autogobierno, sin constricciones de ningún tipo.

La persona autónoma determina por sí misma el curso de sus acciones de acuerdo con un plan escogido por ella misma. Por supuesto que durante el acto médico la autonomía tiene que ver con la del paciente y no con la del médico. Es un derecho que limita lo que debe y puede hacer el médico por su paciente. Se ha tomado tan en serio que los médicos que actúan contra los deseos del paciente, aun para salvarles la vida, pueden llegar a enfrentarse a los tribunales disciplinarios y penales.

Como corolario de esos análisis se ha llegado a la conclusión de que la autonomía pura, verdadera, no existe. Si existe, reside en el nivel último de la conciencia, en el más profundo que pueda poseer la persona. Es que, como bien lo señalan Mappes y Zembaty, la autonomía puede interpretarse como libertad de acción, como libertad de escogencia o como deliberación efectiva. Lo cierto es que la racionalidad y la libertad de acción son fundamentales para que un individuo pueda considerarse autónomo.

¿Qué requisitos debe poseer una acción para que pueda considerarse como autonomía? Tres son los requisitos necesarios: que se ejecute con intencionalidad, con conocimiento y sin control externo.

Para que una acción sea intencional debe ocurrir como resultado de la intención de hacerla. No puede, por lo tanto, ser accidental, ni ser hecha de manera inadvertida o por error, ni ser producto de la presión física ejercida por otro. Puede decirse que la acción intencional es una acción que se lleva a cabo de acuerdo con un plan preconcebido.

El segundo requisito, es decir, que la acción se ejecute con conocimiento o entendimiento, hace referencia a que si la gente no entiende la acción, esta no será autónoma dado que es imprescindible que se comprenda cuál es la naturaleza de ella y cuáles sus posibles consecuencias.

El tercer requisito tiene que ver con el control que desde fuera pueda ejercerse sobre la persona, en relación con sus actos, el cual puede realizarse de distintas formas y grados: mediante coerción, manipulación o persuasión. Como vemos, el principio de autonomía no es más que el derecho moral al autogobierno.

Si los valores morales del paciente entran directamente en conflicto con los valores de la medicina, la responsabilidad fundamental del médico es res-



petar y facilitar la autodeterminación del paciente en la toma de decisiones acerca de su salud.

Respecto del principio de beneficencia – no maleficencia, el documento perdurable que ha servido de punto de partida y de sustento a la ética médica occidental, es el Juramento hipocrático. El médico debe “ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no causar daño”, no obstante que el significado de “bien moral” puede interpretarse de diferentes maneras, lo cierto es que se considera que un acto es bueno cuando está encaminado a favorecer lo que naturalmente es conveniente al hombre.

No habiendo nada más conveniente al hombre que una buena salud, el mayor bien o beneficio que puede causársele es devolvérsela cuando la ha perdido, o protegérsela cuando la posee. Si aceptamos que la salud debe, en ética médica, adquirir la categoría de valor moral, corresponde al médico velar solícitamente por ella, tenerla como fin último de su actuar profesional.

¿De qué otra manera puede beneficiarse al paciente como tal, si no es defendiendo su salud, que es uno de sus mejores y legítimos intereses? Sin duda, es el objeto, la meta del llamado “acto médico”.

Por eso ha sostenido J.F. Drane que el principio de beneficencia es para la medicina lo que el principio de libertad es para el periodismo: la norma ética fundamental.

Beneficencia es actuar para prevenir el daño, o para suprimirlo, o para promover el bien. De esa manera se ayuda al “otro”, ayuda que simboliza el humanitarismo que ha caracterizado a la medicina desde sus inicios.

Desde la perspectiva de la justicia distributiva se acepta que no solo la sociedad tiene la obligación moral de proveer o facilitar un acceso igualitario a los servicios de salud, sino que además todo individuo tiene el derecho moral a acceder a ellos.

El médico debe tener una idea muy clara de la estructura de su propio sistema de valores y de la forma en que sus juicios personales influyen en las decisiones relacionadas con lo que es bueno o malo. El médico debe tener un conocimiento básico de la ética como disciplina. El proceso por el cual el médico llega a las decisiones éticas y las implementa, debe ser sistemático, consistente con la lógica. Ha de tenerse en cuenta que un firme sistema de valores y principios es indispensable cuando se quiera adoptar una resolución razonable, ética. Sin duda, tener conciencia de lo que es valioso moralmente es facilitar el cumplimiento del deber.

Pero aun así, y por todo esto, debe enfrentarse incluso con la condena social cuando su actuar trasciende las cuatro paredes de su consultorio, y la presunta ilegalidad de un acto que se intenta descubrir, deja lugar a la inmoralidad y a la supuesta mala praxis médica, y ahí vuelven a confundirse todos los términos.



La mala praxis se dará en la órbita del ejercicio de la medicina, en el acto médico, en la función de curar, o embellecer, según de la especialidad médica que se trate. Fuera de ese ámbito no podremos hablar de mala praxis ni de ética médica, dado que nos encontramos fuera de la realización de un acto médico. De lo que sí podremos hablar será de moral, la moral social, la que sostiene la sociedad donde se viva. Y si ese médico actuó éticamente o no.

En el contexto de la ética médica, el doctor Córdoba Palacio, de la Universidad de Antioquia, en un artículo titulado “El Juramento Hipocrático: una ética para hoy”, analiza cada uno de los votos del juramento llamado hipocrático y destaca “las enseñanzas éticas que tienen vigencia hoy en día en cuanto a la conducta y al quehacer del médico, tales como la fidelidad a su misión de dignificar la vida del paciente, sin que ningún interés distinto del bien pleno de este se interponga en su labor; la ineludible individualización del paciente –enfermo o sano–, de su situación clínica, del tratamiento y, muy importante, del médico mismo para evaluar ante su conciencia si es idóneo académica y emocionalmente para hacerse responsable de la atención de quien solicita sus servicios profesionales; el respeto y cuidado de la vida humana desde su iniciación hasta su terminación por agotamiento natural de las reservas biológicas, y el rechazo, por razones antropológicas y profesionales, de todo lo que atente contra ella –el aborto, la eutanasia, la distansia o prolongación artificial de la agonía, etc.–. Se llama la atención sobre el significado del sigilo y la obligación de guardarlo celosamente como uno de los fundamentos de la confianza entre el médico y el paciente, confianza indispensable para el buen éxito del quehacer profesional del primero<sup>5</sup>.

### 3.2. EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO MODERNO

Por lo más elevado de mis creencias, prometo a mis pacientes idoneidad, franqueza, compromiso con todo lo que mejor pueda servirles, compasión, discreción absoluta y confidencialidad dentro del margen de la ley.

Trataré a mis pacientes como quisiera que a mí me trataran; obtendré interconsultas o segundas opiniones cuando así lo deseen; los educaré para que participen, si así quieren, en toda decisión importante que a ellos incumba. Y procuraré minimizar su sufrimiento si su enfermedad se volviera intratable, en la convicción de que alcanzar una muerte digna debe ser una meta importante en la vida de cada cual.

Trataré de establecer una relación amistosa con mis pacientes y los aceptaré como tales sin pretender juzgar sus actuaciones, comprendiendo que cualquier sistema de valores es sólido y encomiable y concediendo a cada individuo la totalidad de su dignidad humana.

<sup>5</sup> Op cit.1



Cobraré tan solo los honorarios justos por mis servicios profesionales sin tratar de lucrarme, ni financieramente ni en ninguna otra forma, por aquellos consejos y cuidados que dispense a mis pacientes.

Aconsejaré e infundiré ánimo a mis pacientes en todos sus esfuerzos por mejorar su propia salud.

Dentro de mi profesión, pondré todos los medios a mi alcance para mejorar la calidad de la atención médica y para fortalecer la salud pública. En mi calidad de ciudadano, trabajaré por la equidad en la salud para todos, sin dejar que otras consideraciones de carácter profesional o general interfieran con mi compromiso de proveer la mejor y más adecuada atención a cada uno de los seres bajo mi cuidado.

En cuanto pueda vivir en concordancia con los anteriores preceptos, seré un médico realmente valioso<sup>6</sup>.

Independiente de la modernidad en los sistemas de salud y las tendencias en las formas de atención, se considera indispensable conservar la autonomía del médico con el fin de garantizar la seguridad del paciente.

Retomando el concepto central de la investigación, la autonomía médica en nuestro país no puede analizarse ajena a la existencia del sistema general de seguridad social en salud, en el cual, con la intermediación de las entidades que cumplen una función de aseguramiento, se determinan en muchos casos las condiciones en que se dará la relación médico paciente.

El nuevo modelo de atención de la salud creado en Colombia por la Ley 100, convirtió el cuidado médico en un bien de mercado, que manejan las empresas que fungen como aseguradoras: EPS, EPS-S y ARP. La atención de la salud es ahora una industria que, según los más críticos, es una de las más lucrativas del sector de los seguros, estos también señalan que las empresas intermediarias tienen todas las ventajas financieras, mientras los hospitales y los profesionales de la salud se ven en creciente desventaja. El resultado de implementación de la Ley 100, para los críticos, es desconsolador: la cobertura real apenas llega al 60% de la población; se acentúan las inequidades al tener planes de beneficios diferenciales, con la preocupante disminución de provecho para las clases económicamente débiles, que están en el Régimen Subsidiado; y ninguno o exiguos beneficios para quienes no están en uno u otro régimen, los mal llamados “vinculados”, cuya única esperanza reside en los hospitales públicos, instituciones que se encuentran cerradas, en quiebra o en vías de liquidación.

Estos cambios radicales, que se viven por igual en los Estados Unidos, llevaron al Colegio Americano de Médicos y a la Sociedad Americana de Me-

---

<sup>6</sup> Op cit.1



dicina Interna a fijar una posición política y pública acerca de la negociación de aspectos que afectan el cuidado del paciente y el ambiente de trabajo en el que se prestan servicios médicos. La declaración fue redactada por el Dr. Jack Ginsburg, por encargo del Colegio (Comités de Política Pública y Sanitaria y de Ética y Derechos Humanos) y publicada en reciente edición (mayo, 2001) de los *Annals of Internal Medicine*. Puesto que existe alguna similitud en aspectos esenciales del ejercicio de la medicina en EE.UU. con lo que ocurre en Colombia y en otros países de América Latina, cabe referirse a la toma de posición del Colegio Americano.

Tradicionalmente, como profesionales independientes, los médicos no han sido reconocidos como empleados con derechos de negociación colectiva bajo la ley laboral. Los médicos han sido, en general, reacios a unirse con fines gremiales. Sin embargo, tres tendencias recientes han impulsado a los médicos a la organización y, por esta vía, a la negociación colectiva:

1. El número de médicos en práctica privada independiente disminuye con rapidez;
2. Más de la mitad de los médicos practicantes son ahora empleados de organizaciones de salud, hospitales, centros de especialistas, instituciones públicas u otras entidades;
3. El rápido crecimiento del manejo gerencial de la salud y su impacto sobre la toma de decisiones, la relación médico-paciente y los honorarios profesionales, han producido frustración y sentimientos de impotencia en muchos médicos. La organización gremial pretende, entonces, hacer frente a esta situación.

El Colegio se opone a cualquier acción colectiva que pudiese perjudicar o interrumpir el cuidado del paciente. Pero, al mismo tiempo, proclama que los médicos no deben ser sancionados, discriminados o penalizados por su afiliación o actividad en una organización que lucha por negociaciones colectivas. Los médicos no deben ser compelidos a firmar un contrato que individual o colectivamente encuentren inaceptable. Además, siempre deben conservar la opción de participar o no en un plan de salud.

La imposición del nuevo modelo de atención y los cambios en el entorno médico hacen necesaria la negociación de derechos médicos, incluso para aquellos que aún se encuentran en práctica privada. Los desequilibrios actuales en el poder de negociación justifican que los médicos independientes se organicen y acuerden colectivamente aspectos que atañen a la calidad, el acceso a la atención y la retribución.

La Academia Nacional de Medicina, en el prefacio del informe Ley 100: Reforma y Crisis de la Salud (1999), se pronuncia en estos términos: “En esencia es la conversión de la medicina, que como disciplina intelectual es una profesión de compromiso social, en un oficio que, al disminuir costos,



resulte en mayores márgenes de utilidad para las entidades intermediarias. Esta nueva interpretación económica es una negación del humanismo en una de sus expresiones más puras, cual es el ejercicio de curar y de velar por la salud mediante el profesionalismo médico. Al tiempo que la reforma abre oportunidades, también significa grandes peligros de perjuicio social. En esencia, la responsabilidad social del Estado ha sido transferida a entidades comercializadoras, con lo cual las empresas suplantando la gobernación política y el concepto de rendimiento industrial aplasta la milenaria moral hipocrática. La ética médica, cuyo objetivo inefable es el bien social, es reemplazada por una todavía no bien definida ética corporativa, donde el costo-beneficio en términos de rendimiento financiero es el objetivo principal” (Academia, 1999)<sup>7</sup>.

Respecto de la importancia de la medicina como profesión en estrecha relación con la vida y el derecho a la vida, el periodista Javier Darío Restrepo, en el marco del seminario internacional de ética y reforma a la salud realizado en Bogotá los días 23 y 24 de julio de 1998, hizo una exposición sobre los médicos del nuevo milenio. Allí indicó que cuando el médico jura que no tendrá otro objetivo que el bien de los enfermos, acoge una vieja tradición judía, después avalada y exaltada por el cristianismo, que se oponía a la práctica pagana de instrumentalizar la vida con el desprecio del sufrimiento, el abandono de los hijos no deseados y el ideal de la vida fácil.

La vida en sí tiene valor –según los cristianos, porque nace para la inmortalidad– y por tanto es sagrada. Esta creencia, incorporada a la cultura, ha tenido, entre otros efectos, el de convertirse en verdad axiomática de la cultura occidental. Ese carácter sagrado de la vida, además, ha elevado el nivel y la jerarquía de todos los oficios y trabajos que contribuyen a conservarla. Desde la agricultura, que provee alimentos, hasta la medicina que la fortalece y la conserva, todos los oficios y profesiones han elevado su nivel de aceptación en las sociedades por su relación con la conservación de un bien que los pueblos consideran supremo. No son las profesiones u oficios en sí los que tienen la dignidad, sino su relación con la vida, de modo que se puede concluir que hay una degradación profesional cuando en vez de servir a la vida, la actividad humana se concentra en otro objetivo o, peor aún, si implica desprecio, discriminación o destrucción de la vida.

En la época moderna, tras la caída de todos los mitos, después de la revisión y crítica de todas las ideologías, la vida sigue siendo un supremo bien, ya no como punto de partida para la inmortalidad, pero sí como un valor máximo.

<sup>7</sup> PATIÑO, José Félix. *Persona y Bioética*, Vol. 6, No. 17. 2002.



### **3.3. DECLARACIÓN DE MADRID DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA AUTONOMÍA Y AUTORREGULACIÓN PROFESIONALES**

Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial de Madrid, España, en octubre de 1987 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, en mayo de 2005.

La Asociación Médica Mundial, habiendo examinado la importancia que la autonomía y autorregulación profesionales tienen para el cuerpo médico del mundo, y reconociendo los problemas y las dificultades que actualmente se presentan en la autonomía y autorregulación profesionales, adopta los siguientes principios:

1. El elemento principal de la autonomía profesional es la garantía de que el médico pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes.
2. La Asociación Médica Mundial reafirma la importancia de la autonomía profesional como componente esencial de la atención médica de alta calidad y, por consiguiente, como un beneficio que se debe al paciente y que debe ser preservado. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial se compromete a mantener y garantizar ese principio esencial de ética médica, que es la autonomía profesional en la atención de los pacientes.
3. Paralelamente al derecho a la autonomía profesional, la profesión médica tiene una responsabilidad permanente de autorregulación y no obstante la existencia de otros reglamentos aplicables a los médicos, la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales del médico.
4. La Asociación Médica Mundial insta a los médicos de cada país a establecer, mantener y participar activamente en un sistema de autorregulación. Esta dedicación a una autorregulación efectiva es la que finalmente asegurará a la profesión la autonomía para tomar decisiones sobre la atención médica de los pacientes.
5. La calidad de la atención prestada a los pacientes y la competencia del médico que entrega dicha atención, deben ser siempre la preocupación primordial de cualquier sistema de autorregulación. Los médicos tienen la experiencia para hacer las evaluaciones necesarias. Tales evaluaciones deben utilizarse en beneficio de los pacientes para asegurarles la calidad continua de la atención prestada por médicos competentes. Dentro de esta preocupación está también la necesidad de supervisar los adelantos en la medicina científica y la utilización de métodos terapéuticos seguros y efectivos. Los procedimientos experimentales deben cumplir las normas de protección requeridas por la Declaración de Helsinki de la



Asociación Médica Mundial y otras disposiciones que pueda tomar cada país.

6. Tener conciencia de los gastos es un elemento esencial de la autorregulación. Nuevamente, los médicos están particularmente calificados para hacer las evaluaciones necesarias para tomar las decisiones de control de gastos. Por tal razón, los médicos deben incluir el control de gastos en sus respectivos sistemas de autorregulación. Los puntos comunes en materia de control de gastos tienen que ver con los métodos de prestación de la atención médica, el acceso a los hospitales y a la cirugía, y el uso apropiado de la tecnología. El control de gastos no debe ser usado como pretexto para negar a los pacientes los servicios médicos necesarios. Tampoco debe permitirse el excesivo uso de equipamiento médico que aumente el costo de la atención médica de tal manera que no permita acceso a ella a los que la necesitan.
7. Por último, las actividades profesionales y la conducta de los médicos deben siempre estar dentro de los límites del código de ética profesional o de los principios de ética médica en vigor en cada país. Las asociaciones médicas nacionales deben alentar a los médicos a adoptar una conducta ética para mayor beneficio de sus pacientes. Las violaciones a la ética deben ser rápidamente corregidas y los médicos culpables de dichas violaciones deben recibir medidas de disciplina y ser rehabilitados.
8. Por supuesto que existen muchos otros tipos de autorregulación por los cuales las asociaciones médicas nacionales pueden asumir la responsabilidad. Se insta a las asociaciones médicas nacionales a ayudarse mutuamente para hacer frente a tales problemas y a otros por venir. Se recomienda el intercambio de información y experiencia entre las asociaciones médicas nacionales.
9. Las asociaciones médicas nacionales deben también educar al público en general con respecto a la existencia de un sistema efectivo y responsable de autorregulación por parte de la profesión médica del país respectivo. El público debe saber que puede confiar en este sistema de autorregulación para una evaluación honesta y objetiva de los problemas relativos al ejercicio de la medicina, y a la atención y tratamiento de pacientes.
10. La acción colectiva de la profesión médica de asumir la responsabilidad de establecer un sistema de autorregulación profesional realzará y asegurará el derecho del médico de tratar sus pacientes sin interferencia en su juicio profesional. Una conducta profesional responsable por parte de los médicos y un sistema efectivo y eficiente de autorregulación organizado son indispensables para reafirmar al público que cuando ellos sean pacientes, recibirán una atención médica de calidad prestada por médicos competentes.



Al tratar de establecer el ámbito de autonomía médica, se hace necesario abordar el tema de la relación médico-paciente, entendida como el respeto mutuo, donde ni la familia puede imponer un criterio de actuación que no sea profesional o que vaya en contra del parecer del profesional.

La relación médico-paciente es entendida como la interacción entre los dos sujetos con el fin de devolverle a este último la salud, aliviar su padecimiento y prevenir su enfermedad. Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos, al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer un diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico.

La relación médico-paciente sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos uno de los aspectos más importantes para la práctica médica.

Atendiendo a los factores que intervienen en la relación, algunos autores han analizado las distintas formas que puede adoptar la relación médico-paciente. Se destacan los modelos de Szasz y Hollender, Von Gebstall, y Tatosian. Ellos analizan las diferentes actitudes e interacciones entre médico y paciente según el tipo de enfermedad sea aguda o crónica; según la mayor o menor capacidad de participación y colaboración del enfermo y según el momento del acto médico: anamnéstico, diagnóstico, terapéutico, etc.

Cada modelo enfatiza un factor como determinante de la dinámica de la relación que se complementan y pueden ayudar a entender mejor las distintas etapas de este encuentro.

Según el grado de participación e interacción, Szasz y Hollender describen tres niveles o modalidades de relación médico-paciente.

El nivel 1 o de “actividad del médico y pasividad del enfermo” es el tipo de relación que se produce en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por sí mismo: situaciones de urgencia médica o quirúrgica, pacientes con pérdida o alteración de conciencia, estados de agitación o delirio agudo, etc. En estos casos, el médico asume el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. El prototipo de este nivel de relación sería el que se establece entre una madre y su recién nacido.

El nivel 2 o de “dirección del médico y cooperación del enfermo”, es el tipo de relación que tiende a darse en las enfermedades agudas, infecciosas, traumáticas, etc., en las que el paciente es capaz de cooperar y contribuir en el propio tratamiento. El médico dirige, como experto, y el paciente colabora contestando a sus preguntas, dando su opinión y realizando lo que se le pide. El prototipo de relación de este nivel sería el que se establece entre padre e hijo.

El nivel 3 o de “participación mutua y recíproca del médico y del paciente” es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones postoperatorias o postraumáticas, en las readaptaciones



físicas y psíquicas, donde el paciente puede asumir una participación activa e incluso iniciativa en el tratamiento. El médico valora las necesidades, instruye y supervisa al paciente que, a su vez, lleva a cabo el tratamiento por sí mismo, según lo programado y con la posibilidad de sugerir otras alternativas o decidir la necesidad o priorizar una consulta. Ejemplo: pacientes diabéticos, cardiopatas, entre otros. El prototipo de esta relación es el de una cooperación entre personas adultas: relación adulto-adulto.

Como parece lógico, no es que haya un nivel de relación mejor que otro, pero sí uno más adecuado para un determinado padecimiento o una situación clínica dada. Frecuentemente médico y paciente tendrán que modificar su actitud a lo largo de una misma enfermedad y adoptar uno u otro tipo de relación de acuerdo con lo que permitan o requieran las circunstancias.

Von Gebattel describe las fases por las que pasa la relación médico-enfermo según el distinto grado de relación interpersonal que adquiere la misma durante el acto médico. Así, en una primera fase de llamada, el paciente acude al médico solicitando remedio para sus dolencias y el médico responde acudiendo a satisfacer las necesidades del enfermo. La relación entre un hombre experto y un hombre que sufre es todavía, desde el punto de vista interpersonal, anónima.

En una segunda fase de objetivación, el interés del médico se centra en el examen “científico” del proceso patológico, por lo que las relaciones personales pasan a un segundo plano, relacionándose con el paciente más como “un objeto de estudio” que como una persona.

Finalmente, en la fase denominada de personalización, realizado ya el diagnóstico y establecido el plan terapéutico, es cuando el médico se relaciona, por fin, no sólo con un hombre que sufre o un “caso”, sino con una persona determinada, que es ya “su” enfermo.

Tatossian distingue dos tipos de relación según la interacción entre el médico y el paciente sea directamente interpersonal o se halle mediatizada por el órgano enfermo.

En el modelo interpersonal de relación, la enfermedad es considerada como un todo. El trastorno forma parte del paciente y se produce una implicación personal en la relación, ya que esta se establece directamente entre dos personas entendidas en su globalidad afectivo-intelectual. El médico no sólo ve el órgano enfermo, sino la totalidad del paciente, lo somático y lo psíquico. La actitud del terapeuta resuena sobre la del paciente, de modo que “se pasa de la medicina de una persona a la medicina de dos personas”. Es la relación que se utiliza en psiquiatría y más aún en psicoterapia.

En el modelo técnico de servicio de la relación, la atención se centra en el órgano “que no marcha bien” y el paciente adquiere connotaciones de cliente que solicita la reparación del mismo. Se trata de una relación más pragmá-



tica, operativa y funcional dirigida a la obtención de información sobre la alteración del órgano y el tipo de restauración que se pretende. Es el modelo de relación que caracteriza la práctica médica general y las especialidades médicas, y que, si se exagera, corre el peligro de ignorar la personalidad o incluso parcelar el cuerpo físico del paciente, tratando al órgano enfermo como si de un auténtico objeto se tratara.

Finalmente, en materia de la relación medico-tratante debe mantenerse la autonomía de acuerdo al diagnóstico y al tratamiento, esta no debe verse comprometida por posibles auditorías que no correspondan a criterios semejantes, es decir, auditoría de pares idóneos.



## 4. RESULTADOS

La encuesta de autonomía médica contiene información general de los médicos, la cual es primordial para conocer sus condiciones en el territorio nacional.

El primer capítulo relaciona variables como edad, estrato socioeconómico, género y estado civil; el segundo hace referencia a la formación académica, que incluye niveles de especialización, subespecialización, maestrías o doctorados; el tercero nos permite determinar las condiciones de bienestar y tiempos libres, y el cuarto contempla todo lo relacionado con el aspecto laboral y su desenvolvimiento en el mismo e incluye los temas de restricciones e incentivos.

### 4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS MÉDICOS EN COLOMBIA

#### 4.1.1. Edad

El promedio de edad de los profesionales médicos en el país es de 37,5 años. La región centrooriental concentra los profesionales más jóvenes (promedio de 35,26 años), mientras que en la región norte se encuentran los médicos con el promedio más alto (39,04 años). En el rango de 26 a 35 años, se presenta el mayor número de galenos, con una participación del 35,6% (Tabla N° 1).

#### 4.1.2. Estrato socioeconómico

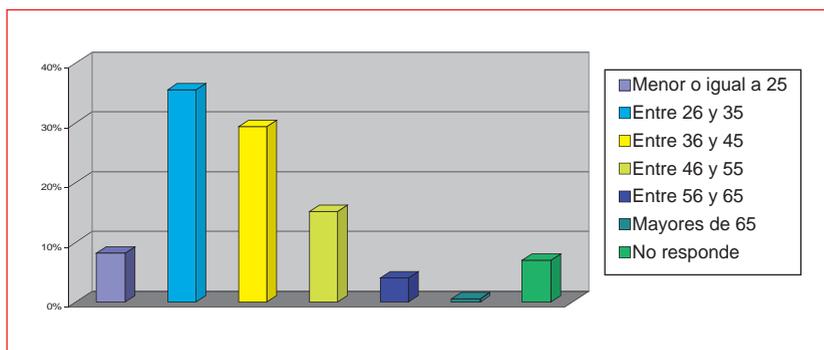
El 55,7% de los médicos pertenece a los estratos 3 y 4, siendo este último el que mayor proporción concentra (33.3%).

Lo anterior contrasta con estudios elaborados en el 2001 en los cuales un 55,7% de los médicos pertenecía a los estratos 4 y 5<sup>8</sup>, lo que significa un cambio de nivel de vida de los médicos que ahora pertenecen a estratos más bajos.

<sup>8</sup> Fundación Corona. Las condiciones laborales y de vida de los médicos en Colombia 1996-1998, noviembre de 2001.

**TABLA N° 1**
**Distribución de los médicos según grupos de edad**

	Norte		Noroccidental		Nororiental		Centrooriental		Sur		Bogotá		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Menores o iguales a 25	388	7,8%	1.162	8,9%	554	10,5%	391	13,5%	520	8,0%	369	4,3%	3.384	8,2%
Entre 26 y 35	1.164	23,3%	4.677	35,7%	1.985	37,7%	1.111	38,5%	2.338	36,2%	3.395	39,8%	14.670	35,6%
Entre 36 y 45	1.820	36,4%	4.158	31,7%	1.177	22,4%	841	29,2%	1.856	28,7%	2.288	26,8%	12.140	29,4%
Entre 46 y 55	946	18,9%	1.895	14,5%	900	17,1%	270	9,4%	816	12,6%	1.451	17,0%	6.278	15,2%
Entre 56 y 65	121	2,4%	673	5,1%	92	1,8%	60	2,1%	334	5,2%	394	4,6%	1.674	4,1%
Mayores a 65	24	0,5%	61	0,5%	46	0,9%	30	1,0%	37	0,6%	25	0,3%	223	0,5%
No responde	535	10,7%	489	3,7%	508	9,6%	181	6,3%	556	8,6%	614	7,2%	2.883	7,0%
<b>Total</b>	<b>4.998</b>	<b>100,0%</b>	<b>13.115</b>	<b>100,0%</b>	<b>5.262</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.884</b>	<b>100,0%</b>	<b>6.457</b>	<b>100,0%</b>	<b>8.536</b>	<b>100,0%</b>	<b>41.252</b>	<b>100,0%</b>

**GRÁFICA N° 1**
**DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS POR RANGOS DE EDAD**


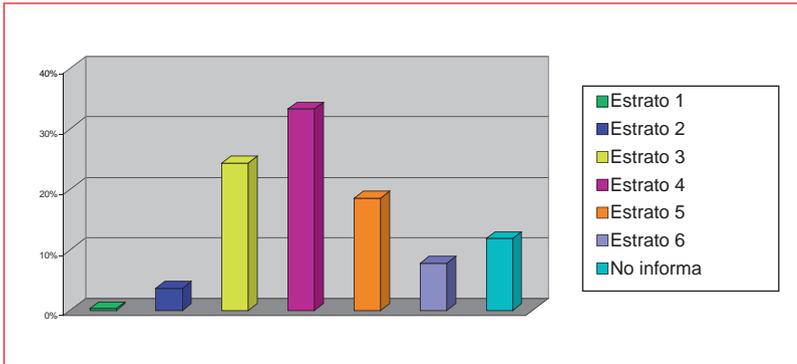
A escala regional el estrato 4 concentra el mayor número de médicos, con excepción de la región norte, en donde predomina el estrato 3. Bogotá alberga la mayoría de médicos del estrato 4. (Tabla N° 2).

**TABLA N° 2**
**DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO**

	Norte		Noroccidental		Nororiental		Centrooriental		Sur		Bogotá		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Estrato 1	25	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	60	2,1%	37	0,6%	0	0,0%	122	0,3%
Estrato 2	388	7,8%	245	1,9%	254	4,8%	120	4,2%	445	6,9%	74	0,9%	1.526	3,7%
Estrato 3	1.480	29,6%	2.721	20,7%	1.685	32,0%	751	26,0%	1.670	25,9%	1.746	20,5%	10.053	24,4%
Estrato 4	1.237	24,8%	4.096	31,2%	1.731	32,9%	1.081	37,5%	1.967	30,5%	3.641	42,7%	13.753	33,3%
Estrato 5	776	15,5%	3.485	26,6%	485	9,2%	180	6,3%	928	14,4%	1.820	21,3%	7.674	18,6%
Estrato 6	340	6,8%	1.620	12,4%	300	5,7%	60	2,1%	260	4,0%	639	7,5%	3.219	7,8%
No informa	752	15,0%	948	7,2%	807	15,4%	632	21,9%	1.150	17,8%	616	7,2%	4.905	11,9%
<b>Total</b>	<b>4.998</b>	<b>100,0%</b>	<b>13.115</b>	<b>100,0%</b>	<b>5.262</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.884</b>	<b>100,0%</b>	<b>6.457</b>	<b>100,0%</b>	<b>8.536</b>	<b>100,0%</b>	<b>41.252</b>	<b>100,0%</b>

GRÁFICA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO



4.1.3. Género

En cuanto a género, predominan los hombres, con el 64,9%. En las regiones norte y noroccidental se marca aún más la diferencia, con un 73,8% y 71,9%, respectivamente. (Tabla N° 3).

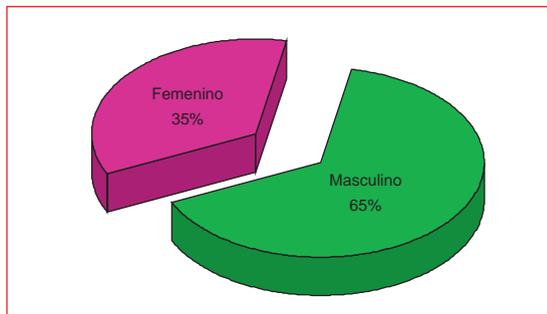
TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS SEGÚN GÉNERO

	Masculino		Femenino		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	3.688	73,8%	1.310	26,2%	4.998	100,0%
Noroccidental	8.438	64,3%	4.677	35,7%	13.115	100,0%
Nororiental	3.785	71,9%	1.477	28,1%	5.262	100,0%
Centrooriental	1.442	50,0%	1.442	50,0%	2.884	100,0%
Sur	4.119	63,8%	2.338	36,2%	6.457	100,0%
Bogotá	5.313	62,2%	3.223	37,8%	8.536	100,0%
Total	26.785	64,9%	14.467	35,1%	41.252	100,0%

GRÁFICA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS POR GÉNERO





#### 4.1.4. Estado civil

Los médicos viven en unión libre o en matrimonio en un 58.8%. Con excepción de la región centrooriental, el matrimonio predomina en más de la mitad de los casos. (Tabla N° 4).

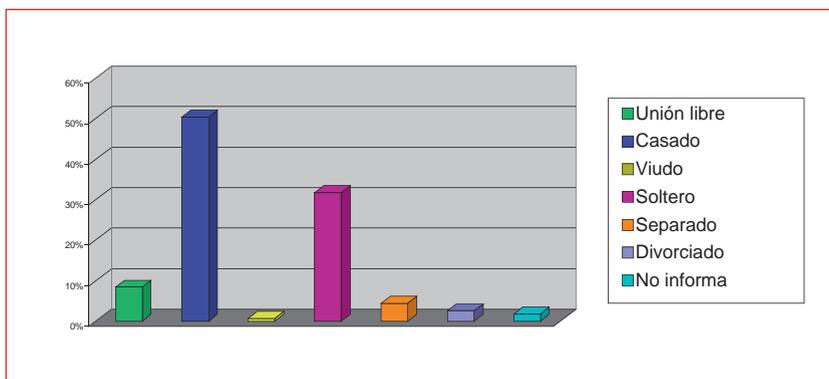
TABLA N° 4

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS SEGÚN ESTADO CIVIL

	Norte		Noroccidental		Nororiental		Centrooriental		Sur		Bogotá		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Unión libre	607	12,1%	825	6,3%	577	11,0%	451	15,6%	594	9,2%	418	4,9%	3.472	8,4%
Casado	2.790	55,8%	6.634	50,6%	2.816	53,5%	961	33,3%	3.229	50,0%	4.354	51,0%	20.784	50,4%
Viudo	24	0,5%	61	0,5%	46	0,9%	0	0,0%	111	1,7%	49	0,6%	291	0,7%
Soltero	1.019	20,4%	4.494	34,3%	1.500	28,5%	1.412	49,0%	1.967	30,5%	2.706	31,7%	13.098	31,8%
Separado	291	5,8%	611	4,7%	115	2,2%	30	1,0%	223	3,4%	541	6,3%	1.811	4,4%
Divorciado	121	2,4%	367	2,8%	92	1,8%	30	1,0%	148	2,3%	295	3,5%	1.053	2,6%
No informa	146	2,9%	123	0,9%	116	2,2%	0	0,0%	185	2,9%	173	2,0%	743	1,8%
Total	4.998	100,0%	13.115	100,0%	5.262	100,0%	2.884	100,0%	6.457	100,0%	8.536	100,0%	41.252	100,0%

GRÁFICA N° 4

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS SEGÚN ESTADO CIVIL



## 4.2. FORMACIÓN ACADÉMICA

### 4.2.1. Tipo de universidad

El 48.9% de los médicos son egresados de universidades privadas, el 46.1% de públicas y el 3.8% de extranjeras. En las regiones noroccidental y sur, predominan los profesionales de universidades públicas, mientras que en las regiones norte y Bogotá, predominan los de universidades privadas (Tabla N° 5).



TABLA N° 5

**DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS SEGÚN TIPO DE UNIVERSIDAD DE EGRESO**

	Pública		Privada		Extranjera		No mencionada		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	1.116	22,3%	3.518	70,4%	291	5,8%	73	1,5%	4.998	100,0%
Noroccidental	7.733	59,0%	4.986	38,0%	214	1,6%	182	1,4%	13.115	100,0%
Nororiental	2.400	45,6%	2.608	49,6%	208	3,9%	46	0,9%	5.262	100,0%
Centrooriental	1.081	37,5%	1.682	58,3%	90	3,1%	31	1,0%	2.884	100,0%
Sur	3.748	58,0%	2.078	32,2%	631	9,8%	0	0,0%	6.457	100,0%
Bogotá	2.952	34,6%	5.314	62,2%	148	1,7%	122	1,4%	8.536	100,0%
Total	19.030	46,1%	20.186	48,9%	1.582	3,8%	454	1,1%	41.252	100,0%

Respecto de las universidades públicas, predominan los egresados de la Universidad Nacional y de la Universidad de Antioquia las cuales, en conjunto, proveen el 22.2% de los profesionales médicos en el país (Tabla N° 6). Por otra parte, existe una alta correlación entre el lugar de trabajo y la universidad de donde se es egresado.

TABLA N° 6

**DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS SEGÚN UNIVERSIDAD DE EGRESO**

	Norte		Noroccidental		Nororiental		Centrooriental		Sur		Bogotá		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Universidad de Antioquia	24	0,5%	4.341	33,1%	23	0,4%	60	2,1%	148	2,3%	25	0,3%	4.621	11,2%
Universidad Nacional	97	1,9%	581	4,4%	762	14,5%	481	16,7%	223	3,4%	2.411	28,2%	4.554	11,0%
Universidad Libre	1.698	34,0%	306	2,3%	462	8,8%	150	5,2%	1.076	16,7%	271	3,2%	3.962	9,6%
Universidad Metropolitana de Barranquilla	1.189	23,8%	275	2,1%	762	14,5%	60	2,1%	260	4,0%	148	1,7%	2.693	6,5%
Universidad Juan N. Corpas	24	0,5%	367	2,8%	254	4,8%	601	20,8%	37	0,6%	1.181	13,8%	2.464	6,0%
Universidad Pontificia Bolivariana	0	0,0%	2.140	16,3%	23	0,4%	60	2,1%	0	0,0%	25	0,3%	2.248	5,4%
Universidad del Cauca	0	0,0%	61	0,5%	0	0,0%	180	6,3%	1.522	23,6%	98	1,2%	1.861	4,5%
Universidad Javeriana	49	1,0%	275	2,1%	162	3,1%	210	7,3%	111	1,7%	886	10,4%	1.692	4,1%
Universidad del Rosario	0	0,0%	153	1,2%	138	2,6%	150	5,2%	0	0,0%	1.132	13,3%	1.573	3,8%
Universidad del Valle	0	0,0%	61	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	1.410	21,8%	25	0,3%	1.496	3,6%
Universidad Industrial de Santander	49	1,0%	92	0,7%	1.131	21,5%	0	0,0%	37	0,6%	148	1,7%	1.456	3,5%
Universidad de Cartagena	946	18,9%	214	1,6%	92	1,8%	0	0,0%	37	0,6%	123	1,4%	1.413	3,4%
Universidad de Caldas	0	0,0%	887	6,8%	69	1,3%	60	2,1%	186	2,9%	49	0,6%	1.251	3,0%
Universidad del Bosque	0	0,0%	92	0,7%	92	1,8%	120	4,2%	0	0,0%	566	6,6%	870	2,1%
Universidad del Norte	437	8,7%	92	0,7%	162	3,1%	30	1,0%	0	0,0%	148	1,7%	868	2,1%
Universidad Tecnológica de Pereira	0	0,0%	764	5,8%	0	0,0%	0	0,0%	74	1,1%	25	0,3%	863	2,1%
Universidad CES	0	0,0%	611	4,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	611	1,5%
Fundación Universitaria San Martín	49	1,0%	183	1,4%	46	0,9%	90	3,1%	74	1,1%	123	1,4%	565	1,4%
Universidad del Quindío	0	0,0%	428	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	74	1,1%	0	0,0%	502	1,2%
Universidad Militar	0	0,0%	61	0,5%	23	0,4%	90	3,1%	0	0,0%	320	3,7%	494	1,2%
Universidad Cooperativa de Colombia	0	0,0%	153	1,2%	46	0,9%	0	0,0%	260	4,0%	0	0,0%	459	1,1%
Universidad Surcolombiana	0	0,0%	92	0,7%	0	0,0%	270	9,4%	37	0,6%	25	0,3%	424	1,0%
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia	0	0,0%	31	0,2%	300	5,7%	30	1,0%	0	0,0%	25	0,3%	385	0,9%
Universidad de Boyacá	0	0,0%	0	0,0%	323	6,1%	0	0,0%	0	0,0%	49	0,6%	372	0,9%
Universidad de la Sabana	0	0,0%	122	0,9%	0	0,0%	90	3,1%	0	0,0%	98	1,2%	311	0,8%
Universidades Extranjeras	291	5,8%	214	1,6%	208	3,9%	90	3,1%	631	9,8%	148	1,7%	1.581	3,8%
Otras Universidades	73	1,5%	367	2,8%	138	2,6%	60	2,1%	260	4,0%	369	4,3%	1.267	3,1%
No informa	73	1,5%	153	1,2%	46	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	123	1,4%	395	1,0%
Total	4.998	100,0%	13.115	100,0%	5.262	100,0%	2.884	100,0%	6.457	100,0%	8.536	100,0%	41.252	100,0%

### 4.2.2. Especializaciones y otros estudios

El 46.1% de los médicos ha realizado una especialización, especialmente en Bogotá, región que concentra el mayor número de médicos especialistas (Tabla N° 7).

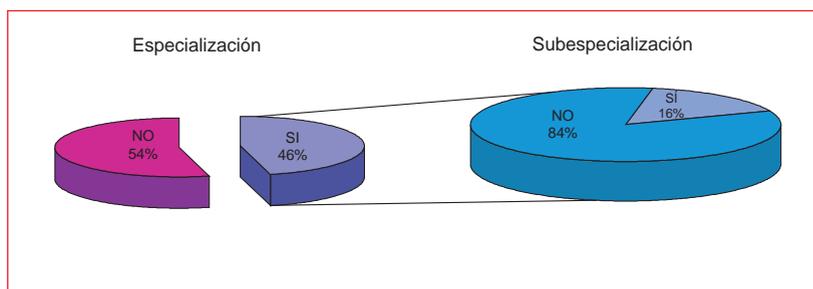
**TABLA N° 7**

REGIÓN	¿REALIZÓ ESPECIALIZACIÓN?					
	SÍ		NO		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	2.329	46,6%	2.669	53,4%	4.998	100,0%
Noroccidental	6.267	47,8%	6.848	52,2%	13.115	100,0%
Nororiental	1.938	36,8%	3.324	63,2%	5.262	100,0%
Centrooriental	1.082	37,5%	1.802	62,5%	2.884	100,0%
Sur	2.375	36,8%	4.082	63,2%	6.457	100,0%
Bogotá	5.018	58,8%	3.518	41,2%	8.536	100,0%
Total	19.009	46,1%	22.243	53,9%	41.252	100,0%

En este aspecto, la Defensoría del Pueblo encontró en reciente investigación<sup>9</sup> que algunas regiones del país carecen de médicos especialistas, lo que implica la demora en asignación de citas o la negación de las mismas. En consecuencia, los usuarios se ven obligados a interponer acciones de tutela para tener acceso a este servicio, de modo que se constituye en la sexta causa de tutelas en salud<sup>10</sup>.

**GRÁFICA N° 5**

### REALIZACIÓN DE ESPECIALIZACIONES



<sup>9</sup> Defensoría del Pueblo. Análisis de la prestación de los servicios de salud de la EPS Seguro Social. Bogotá, D.C., 2006.

<sup>10</sup> Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud – Período 2003-2005, Bogotá, D.C., 2007.

Las especializaciones de tipo asistencial concentran el mayor porcentaje (Tabla N° 8). Las más frecuentes son ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general y ortopedia (Anexo N° 2). No obstante, cabe mencionar el gran porcentaje de especializaciones administrativas (34,7%), especialmente gerencia en salud, auditoría médica, salud ocupacional y administración en salud, entre otras. (Anexo N° 3).

**TABLA N° 8**  
**TIPO DE ESPECIALIZACIÓN REALIZADA**

	Asistencial		Administrativa		Alternativa		Docencia		No Informa		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	1.480	50,8%	1.310	45,0%	49	1,7%	49	1,7%	24	0,8%	2.912	100,0%
Noroccidental	4.801	71,7%	1.591	23,8%	61	0,9%	153	2,3%	92	1,4%	6.698	100,0%
Nororiental	1.244	49,5%	992	39,5%	69	2,7%	185	7,4%	23	0,9%	2.513	100,0%
Centrooriental	570	37,2%	811	53,0%	90	5,9%	30	2,0%	30	2,0%	1.531	100,0%
Sur	1.409	55,1%	1.076	42,0%	37	1,4%	0	0,0%	37	1,4%	2.559	100,0%
Bogotá	3.817	63,0%	1.943	32,1%	123	2,0%	98	1,6%	74	1,2%	6.055	100,0%
Total	13.321	59,8%	7.723	34,7%	429	1,9%	515	2,3%	280	1,3%	22.268	100,0%

En este estudio, de manera adicional a las especializaciones, el 16,1% de los médicos realiza subespecializaciones. Las más mencionadas: cirugía pediátrica, cirugía de tórax y reumatología.

Los médicos solo realizan estudios de postgrados a nivel de maestrías en un 2,6% y doctorados en un 0,5%. Mencionan especialmente las áreas de epidemiología y salud pública.

#### 4.3. CONDICIONES DE BIENESTAR

El 82,2% de los médicos considera que tienen tiempo para realizar actividades distintas a las laborales. En la región norte se concentra el mayor porcentaje de profesionales que tienen mayor tiempo para esparcimiento. Por el contrario, los profesionales de las regiones centrooriental y nororiental dicen tener menos tiempo. (Tabla N° 9).

**TABLA N° 9**

REGIÓN	¿TIENE TIEMPO LIBRE PARA ESPARCIMIENTO?					
	SÍ		NO		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	4.440	88,8%	558	11,2%	4.998	100,0%
Noroccidental	11.280	86,0%	1.835	14,0%	13.115	100,0%
Nororiental	4.131	78,5%	1.131	21,5%	5.262	100,0%
Centrooriental	2.013	69,8%	871	30,2%	2.884	100,0%
Sur	5.195	80,5%	1.262	19,5%	6.457	100,0%
Bogotá	6.863	80,4%	1.673	19,6%	8.536	100,0%
Total	33.922	82,2%	7.330	17,8%	41.252	100,0%



### 4.3.1. Actividades realizadas en tiempo libre

Los profesionales médicos manifestaron dedicar en promedio 14 horas a la semana para esparcimiento. Las actividades que realizan con mayor frecuencia son: deportes (35,8%), lectura (21,2%), actividades lúdicas (14,7%), y actividades familiares (14,6%) (Tabla N° 10).

TABLA N° 10

#### ACTIVIDADES REALIZADAS POR LOS MÉDICOS EN SU TIEMPO LIBRE

	Norte		Noroccidental		Nororiental		Centrooriental		Sur		Bogotá		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Deportes	1.989	50,9%	6.878	64,5%	2.331	61,6%	1.051	53,8%	3.117	63,6%	3.788	57,2%	19.154	35,8%
Lectura	1.431	36,6%	4.677	43,8%	1.154	30,5%	571	29,2%	1.262	25,8%	2.214	33,5%	11.309	21,2%
Actividades Lúdicas	679	17,4%	2.904	27,2%	600	15,9%	511	26,2%	891	18,2%	2.263	34,2%	7.848	14,7%
Actividades Familiares	946	24,2%	2.232	20,9%	1.154	30,5%	571	29,2%	1.002	20,5%	1.870	28,3%	7.775	14,6%
Turismo	801	20,5%	887	8,3%	323	8,5%	421	21,5%	557	11,4%	861	13,0%	3.850	7,2%
Hobbies	170	4,3%	459	4,3%	115	3,0%	30	1,5%	148	3,0%	271	4,1%	1.193	2,2%
Tecnología	24	0,6%	306	2,9%	231	6,1%	30	1,5%	0	0,0%	246	3,7%	837	1,6%
Educación	24	0,6%	245	2,3%	69	1,8%	30	1,5%	37	0,8%	197	3,0%	602	1,1%
Actividades Culturales	0	0,0%	92	0,9%	69	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	49	0,7%	210	0,4%
Otros	24	0,6%	153	1,4%	115	3,0%	30	1,5%	186	3,8%	148	2,2%	656	1,2%
Total	6.088	100,0%	18.833	100,0%	6.161	100,0%	3.245	100,0%	7.200	100,0%	11.907	100,0%	53.434	100,0%

### 4.3.2. Vacaciones

El 75,4% de los profesionales médicos manifestó haber disfrutado, al menos en una ocasión, de vacaciones en los últimos cinco años, aunque la gran mayoría declaró no haberlas disfrutado en los últimos dos años. En este estudio, se entiende como vacaciones el tiempo de descanso total, o de receso de una actividad, superior a una semana.

Los médicos de la región noroccidental, en un 82,5%, son los que más disfrutan de vacaciones; contrario a la región norte, que registra un 65% (Tabla N° 11). El tiempo promedio de disfrute fue de 16 días.

TABLA N° 11

REGIÓN	¿HA DISFRUTADO DE VACACIONES EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?							
	SÍ		NO		No informa		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	3.251	65,0%	1.674	33,5%	73	1,5%	4.998	100,0%
Noroccidental	10.822	82,5%	2.201	16,8%	92	0,7%	13.115	100,0%
Nororiental	3.624	68,9%	1.546	29,4%	92	1,8%	5.262	100,0%
Centrooriental	2.073	71,9%	751	26,0%	60	2,1%	2.884	100,0%
Sur	4.750	73,6%	1.670	25,9%	37	0,6%	6.457	100,0%
Bogotá	6.568	76,9%	1.845	21,6%	123	1,4%	8.536	100,0%
Total	31.088	75,4%	9.687	23,5%	477	1,2%	41.252	100,0%

## 4.4. INFORMACIÓN LABORAL

Este aparte corresponde al núcleo esencial de la encuesta y en ella se pretende, de manera general, determinar entre otros aspectos: cargas laborales,

tipo de contratación, autonomía en el acto médico, premios o incentivos e ingresos laborales.

El 99,6% de los médicos trabaja en el sector salud, ya sea en la parte asistencial o administrativa (Tabla N° 12).

**TABLA N° 12**

REGIÓN	¿TRABAJA EN EL EL SECTOR SALUD?					
	SÍ		NO		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	4.998	100,0%	0	0,0%	4.998	100,0%
Noroccidental	13.084	99,8%	31	0,2%	13.115	100,0%
Nororiental	5.170	98,2%	92	1,8%	5.262	100,0%
Centrooriental	2.884	100,0%	0	0,0%	2.884	100,0%
Sur	6.457	100,0%	0	0,0%	6.457	100,0%
Bogotá	8.512	99,7%	25	0,3%	8.536	100,0%
Total	41.104	99,6%	147	0,4%	41.252	100,0%

Adicionalmente al trabajo en el sector salud, el 16,7% de los médicos manifiesta que mejora sus ingresos a través de otras actividades complementarias, entre las que sobresalen la docencia (27,5%), el comercio (21,9%) y las actividades ganaderas o de agricultura (16,2%).

#### 4.4.1. Áreas de trabajo

En general, los médicos dedican su mayor tiempo laboral al trabajo asistencial. El 96% de ellos trabaja en atención directa con pacientes en EPS, IPS, empresas de medicina prepagada o en su consultorio privado. No obstante, algunos de los profesionales que prestan servicios asistenciales alternan su trabajo con labores administrativas (13,7%) y/o docencia universitaria (11%) (Tabla N°13).

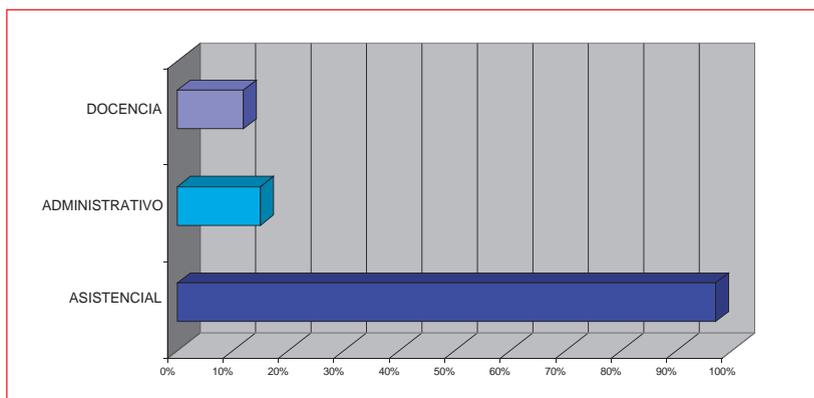
En promedio, los médicos trabajan en al menos dos entidades de salud. Así mismo, el 39,8% de los casos también atiende consulta particular.

**TABLA N° 13**

#### ÁREAS DE TRABAJO DE LOS MÉDICOS EN COLOMBIA

	Administrativa		Docencia		Asistencial		Total Respuestas
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	
Norte	728	14,6%	388	7,8%	4.755	95,1%	5.871
Noroccidental	1.651	12,6%	2.048	15,7%	12.534	95,8%	16.233
Nororiental	600	11,6%	577	11,2%	5.031	97,3%	6.208
Centrooriental	541	18,8%	120	4,2%	2.704	93,8%	3.365
Sur	1.002	15,5%	445	6,9%	6.346	98,3%	7.793
Bogotá	1.107	13,0%	959	11,3%	8.020	94,2%	10.086
Total	5.629	13,7%	4.537	11,0%	39.390	95,8%	49.556

**GRÁFICA N° 6**  
**ÁREAS DONDE TRABAJAN LOS MÉDICOS**



El 65,3% de los médicos manifiesta que trabaja directamente para una IPS, el 43,9% para una EPS y el 12% para medicina prepagada. De otra parte, los médicos combinan su labor en las diferentes entidades que prestan servicios asistenciales a los usuarios (Tabla N° 14).

**TABLA N° 14**

**SERVICIOS ASISTENCIALES PRESTADOS POR LOS MÉDICOS**

	Norte		Noroccidental		Nororiental		Centrooriental		Sur		Bogotá		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
¿Realiza consulta privada?	2.475	52,0%	4.677	37,3%	2.100	41,9%	931	34,4%	2.227	35,1%	3.247	40,5%	15.657	39,8%
¿Presta servicios asistenciales directamente para una EPS?	2.014	42,3%	4.983	39,8%	2.423	48,4%	871	32,2%	2.598	40,9%	4.379	54,6%	17.268	43,9%
¿Presta Servicios asistenciales directamente en Medicina Prepagada?	728	15,3%	1.712	13,7%	369	7,4%	210	7,8%	557	8,8%	1.156	14,4%	4.732	12,0%
¿Presta servicios asistenciales directamente para una IPS?	3.421	71,9%	8.437	67,3%	3.485	69,6%	1.983	73,3%	4.268	67,3%	4.108	51,2%	25.702	65,3%

**4.4.2. Jornadas de trabajo**

Respecto de las cargas laborales, los médicos trabajan en promedio 9,47 horas diarias entre cinco y seis días a la semana (Tabla N° 15). Adicionalmente, realizan en promedio ocho turnos nocturnos mensuales.

Es tan grave el problema de sobrecarga laboral que se han realizado varios estudios sobre el particular. Según la Organización Mundial de la Salud, los profesionales médicos son el recurso más importante que tiene el sistema de salud para lograr su eficacia. Las condiciones de trabajo de ellos influyen de manera significativa en la calidad de vida laboral y en los servicios que ofrecen.



Los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de desgaste profesional ocupan un lugar destacado, pues constituyen una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo.

Todo esto ocasiona en los profesionales médicos manifestaciones clínicas que incluyen síntomas mentales como: sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Puede apreciarse nerviosismo, inquietud y dificultad para la concentración.

Como manifestaciones físicas se pueden presentar: cefaleas, insomnio, dolores osteomusculares, alteraciones gastrointestinales y taquicardia, entre otros.

**TABLA N° 15**  
**CARGA LABORAL**

REGIÓN	DÍAS A LA SEMANA			HORAS DIARIAS		
	Media	Mediana	Moda	Media	Mediana	Moda
Norte	5,23	5	5	9,22	8	8
Noroccidental	5,38	6	6	9,15	8	8
Nororiental	5,36	6	6	10,18	9	8
Centrooriental	5,19	6	6	9,99	9	8
Sur	5,34	6	6	9,54	8	8
Bogotá	5,26	5	6	9,45	8	8
Total	5,32	6	6	9,47	8	8

#### 4.4.3. Tiempo en consulta

De acuerdo con los profesionales médicos, el tiempo promedio asignado por las entidades para una consulta es de 18 minutos, el cual es inferior a lo determinado por el artículo 97 de la resolución 5261 de 1994, reiterado por la Superintendencia Nacional de Salud mediante Circular N° 18 de 2005.

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

Aunque en algunas regiones las entidades se vienen ajustado a la norma, aún existen otras como la norte, la nororiental, la centrooriental y la sur, en donde el tiempo asignado más repetitivo para la consulta es de de 15 minutos. Sin embargo, la modalidad a nivel general de tiempo para consulta es de 20 minutos (Tabla N° 16).

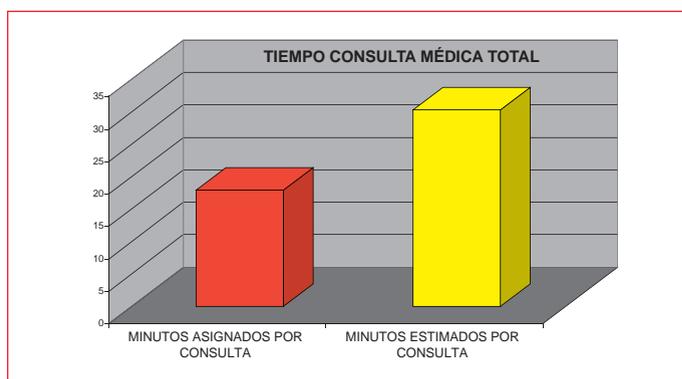
**TABLA N° 16**

**TIEMPO DE UNA CONSULTA MÉDICA**

REGIÓN	MINUTOS ASIGNADOS POR CONSULTA			MINUTOS ESTIMADOS POR CONSULTA		
	Media	Mediana	Moda	Media	Mediana	Moda
Norte	17,28	18	15	28,13	25	25
Noroccidental	18,31	20	20	30,76	29	25
Nororiental	17,22	15	15	29,96	28	25
Centrooriental	17,35	15	15	29,55	28	25
Sur	17,33	15	15	28,25	25	25
Bogotá	18,84	20	20	33,16	30	25
Total	17,93	19	20	30,32	28	25

**GRÁFICA N° 7**

**TIEMPOS ASIGNADOS Y ESPERADOS PARA UNA CONSULTA**



Para medir el tiempo utilizado en las consultas, estas se dividieron en las fases de: anámnesis, examen médico, registro, formulación e información<sup>11</sup>.

Según estas etapas, los médicos dedican mayor tiempo al examen médico (4,43 minutos), seguido en menor proporción por la anámnesis (3,85 minutos), registro en el sistema o escrito en historia clínica (3,35 minutos), información al paciente (3,29 minutos) y formulación (3,03 minutos) (Tabla 17).

No obstante, los médicos consideran que un tiempo promedio suficiente para una consulta médica sería de 30 minutos.

<sup>11</sup> Entendidas así: Anamnesis: conjunto de datos clínicos relevantes y otros del historial médico del paciente. Interrogatorio médico. Examen físico: acto interpersonal entre el médico y el paciente en el cual por medio de observaciones y exploraciones se realiza un razonamiento clínico. Registro en sistema: es el registro en medio físico o magnético de lo hallado en el interrogatorio médico y en el examen físico. Formulación: expedición de fórmulas y órdenes que el médico considera que debe suministrarse al paciente. Información al paciente: explicaciones exhaustivas del médico al paciente de la manera como debe seguir un tratamiento.



**TABLA N° 17**

**TIEMPO\* DE UNA CONSULTA MÉDICA**

REGIÓN	ANÁMNESIS			EXÁMEN FÍSICO			REGISTRO EN SISTEMAS			FORMULACIÓN			INFORMACIÓN AL PACIENTE		
	Media	Mediana	Moda	Media	Mediana	Moda	Media	Mediana	Moda	Media	Mediana	Moda	Media	Mediana	Moda
Norte	3,87	4	5	4,53	5	5	3,24	3	3	2,73	3	2	2,93	3	3
Noroccidental	3,91	4	5	4,49	4	5	3,39	3	3	3,14	3	3	3,38	3	3
Nororiental	3,82	4	3	4,34	4	5	3,01	3	3	3,00	3	3	3,08	3	3
Centrooriental	3,68	3	3	4,13	4	5	3,49	3	3	2,93	3	3	3,14	3	3
Sur	3,67	3	3	4,34	4	5	3,05	3	3	2,90	3	3	3,38	3	3
Bogotá	3,95	4	5	4,48	5	5	3,78	4	5	3,18	3	3	3,48	3	3
Total	3,85	4	3	4,43	4	5	3,35	3	3	3,03	3	3	3,29	3	3

\* Expresado en minutos.

El mayor tiempo de la consulta estaría dedicado al examen médico, el cual debería tener en promedio 8 minutos, seguido por la anámnesis, con 7 minutos en promedio. Para las demás actividades como el registro en el sistema o escrito en historia clínica, formulación de medicamentos e información al paciente, consideran como tiempo suficiente 5 minutos en cada una de ellas (Tabla N° 18).

**TABLA N° 18**

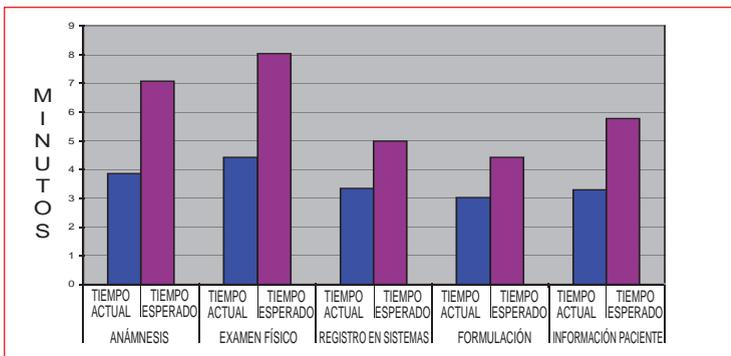
**TIEMPO ESPERADO\* DE UNA CONSULTA MÉDICA**

REGIÓN	ANÁMNESIS			EXÁMEN FÍSICO			REGISTRO EN SISTEMAS			FORMULACIÓN			INFORMACIÓN AL PACIENTE		
	Media	Mediana	Moda	Media	Mediana	Moda	Media	Mediana	Moda	Media	Mediana	Moda	Media	Mediana	Moda
Norte	7,04	5	5	7,49	5	5	4,52	5	5	4,12	5	5	4,97	5	5
Noroccidental	7,28	5	5	8,31	8	10	4,99	5	5	4,37	5	5	5,82	5	5
Nororiental	7,03	5	5	7,82	8	10	5,05	5	5	4,65	5	5	5,44	5	5
Centrooriental	6,65	5	5	7,87	8	10	5,19	5	5	4,19	5	5	5,64	5	5
Sur	6,63	5	5	7,58	7	10	4,41	5	5	4,26	5	5	5,36	5	5
Bogotá	7,32	5	5	8,57	10	10	5,69	5	5	4,79	5	5	6,79	5	5
Total	7,08	5	5	8,05	8	10	5,00	5	5	4,43	5	5	5,77	5	5

\* Expresado en minutos.

**GRÁFICA N° 8**

**TIEMPOS ASIGNADOS Y ESPERADOS PARA CADA UNA DE LAS ETAPAS DE UNA CONSULTA**





Como es de conocimiento médico, de una adecuada información suministrada por el paciente y de un examen físico minucioso se desprende un diagnóstico correcto. Por ello, para los médicos, el tiempo usado dentro de la consulta en estos dos eventos debería ser el doble del que actualmente se viene utilizando.

Además, consideran que actos administrativos como el diligenciamiento de papelería y del registro individual de prestación de servicios (RIPS) y otros, les resta tiempo en la atención al paciente.

Adicionalmente, el 46% los médicos manifestó que el tiempo asignado para la consulta se ve disminuido, pues las entidades le asignan en promedio cuatro (4) citas adicionales de las llamadas “citas prioritarias” por jornada, razón por la cual tienen que quitarle tiempo a otros pacientes (Tabla N° 19).

TABLA N° 19

REGIÓN	¿LE INCREMENTAN LA AGENDA CON CITAS PRIORITARIAS?						N° DE CITAS INCREMENTADAS
	SÍ		NO		Total		Promedio
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	
Norte	3.275	48,6%	3.469	51,4%	6.744	100,0%	3,71
Noroccidental	6.542	41,3%	9.293	58,7%	15.835	100,0%	3,17
Nororiental	3.370	46,9%	3.808	53,1%	7.178	100,0%	3,63
Centrooriental	2.163	61,5%	1.352	38,5%	3.515	100,0%	4,22
Sur	3.785	48,6%	4.008	51,4%	7.793	100,0%	3,96
Bogotá	4.231	43,3%	5.535	56,7%	9.766	100,0%	3,26
Total	23.366	46,0%	27.465	54,0%	50.831	100,0%	3,55

Igualmente, algunos de ellos manifestaron la implementación de una agenda paralela, conocida como “agenda virtual”, donde les asignan pacientes adicionales a los ya estipulados. Por ende, el paciente no cuenta en realidad con el tiempo mínimo legal que el médico debe dedicarle a su consulta.

#### 4.4.4. Tipo de vinculación y contratación

El 38% de los médicos trabaja exclusivamente en el sector público, el 46% en el sector privado y el 16% lo hace tanto en el sector público como en el privado (Tabla N° 20).

TABLA N° 20

#### SECTOR EN EL QUE TRABAJA

REGIÓN	Solamente Público		Solamente Privado		Público y Privado		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	1.528	34,4%	1.941	43,7%	970	21,9%	4.439	100,0%
Noroccidental	4.738	40,8%	5.319	45,8%	1.559	13,4%	11.616	100,0%
Nororiental	1.685	36,0%	1.916	40,9%	1.085	23,2%	4.686	100,0%
Centrooriental	1.232	49,4%	811	32,5%	451	18,1%	2.494	100,0%
Sur	2.338	40,4%	2.486	42,9%	965	16,7%	5.789	100,0%
Bogotá	2.189	30,7%	4.084	57,2%	861	12,1%	7.134	100,0%
Total	13.710	37,9%	16.557	45,8%	5.891	16,3%	36.158	100,0%



El tipo de vinculación que tienen los galenos que laboran en el sector público es de carácter legal y reglamentario en un 40,6%, por contrato de prestación de servicios en un 34,5%, y por cooperativa en un 24,3%<sup>12</sup>.

La región norooccidental presenta como mayor tipo de vinculación la legal y reglamentaria, en tanto que en la nororiental prima el contrato por cooperativas. (Tabla N°21).

**TABLA N° 21**

**TIPO DE VINCULACIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO**

REGIÓN	Legal y reglamentaria		Contrato por prestación de servicios		Por cooperativas		No menciona		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	922	33,6%	1.140	41,6%	655	23,9%	24	0,9%	2.741	100,0%
Norooccidental	3.699	53,1%	1.620	23,2%	1.651	23,7%	0	0,0%	6.970	100,0%
Nororiental	900	27,5%	1.016	31,0%	1.292	39,4%	69	2,1%	3.277	100,0%
Centrooriental	631	33,3%	721	38,1%	541	28,6%	0	0,0%	1.893	100,0%
Sur	1.299	36,5%	1.559	43,8%	668	18,8%	37	1,0%	3.563	100,0%
Bogotá	1.476	41,7%	1.525	43,1%	541	15,3%	0	0,0%	3.542	100,0%
Total	8.927	40,6%	7.581	34,5%	5.348	24,3%	130	0,6%	21.986	100,0%

Lo anterior significa que en el sector público, los cargos de carrera administrativa vienen siendo reemplazados por otro tipo de contrato, como son los de carácter civil o cooperativas de trabajo asociado (CTA)<sup>13</sup> que no garantizan ninguna estabilidad laboral a los médicos colombianos.

A los cooperados, más que denunciar a las cooperativas, que son intermediarias laborales, les preocupa el pago de las remuneraciones y prestaciones, las cuales son más bajas que aquellas de los asalariados afiliados al sistema de compensación<sup>14</sup>.

El Ministerio de la Protección Social definió como Cooperativas de Trabajo Asociado especializadas en salud las que prestan estos servicios y se han organizado por profesión, especialidad, maestría o doctorado en el área, por tecnologías del área de salud y por auxiliares del sector.

<sup>12</sup> Se entiende por vinculación legal y reglamentaria el nombramiento mediante Decreto, Resolución, Ordenanza o Acuerdo; por contrato de prestación de servicios, cuando el vínculo que tiene con la institución pública es a través de un contrato cuyo objeto es la actividad asistencial, no implica la cancelación de erogaciones distintas a honorarios; y por cooperativas, cuando la vinculación se tiene a través de una cooperativa que, a su vez tiene un contrato con la entidad pública. En esta modalidad puede estar contratado también por Servicios Profesionales, donde no le pagan sino lo correspondiente a los honorarios, sin que haya lugar a prestaciones.

<sup>13</sup> Según el artículo 70 de la Ley 79 de 1988, las Cooperativas de Trabajo Asociado son aquellas que vinculan el trabajo personal de sus asociados y sus aportes económicos para la producción de bienes, ejecución de obras o la prestación de servicios en forma autogestionaria.

<sup>14</sup> Universidad Externado de Colombia, Boletín del Observatorio del Mercado de Trabajo y la Seguridad Social N° 10, octubre de 2007.



Igualmente, las que prestan servicios organizados en procesos o subprocesos de salud (todos los relacionados con la prestación de servicios de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad). Se descartan los servicios de vigilancia, mantenimiento de vehículos e infraestructura, así como los de construcción y obra hospitalaria.

En el sector privado, prevalece la modalidad de contratación por servicios profesionales en un 40,8%, seguido por la de término indefinido en un 34,8% y por la de término fijo con un 15,4%<sup>15</sup>.

La región centrooriental es la que presenta mayor contratación por servicios profesionales (Tabla N° 22).

TABLA N° 22

## TIPO DE VINCULACIÓN EN EL SECTOR PRIVADO

REGIÓN	Término Indefinido		Termino fijo		Por servicios Profesionales		Otros		No sabe		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	1.456	36,4%	607	15,2%	1.650	41,2%	194	4,8%	97	2,4%	4.003	100,0%
Noroccidental	3.271	36,9%	1.315	14,8%	3.791	42,8%	428	4,8%	61	0,7%	8.865	100,0%
Nororiental	1.316	33,7%	669	17,2%	1.408	36,1%	392	10,1%	115	3,0%	3.901	100,0%
Centrooriental	391	24,1%	60	3,7%	871	53,7%	270	16,7%	30	1,9%	1.622	100,0%
Sur	1.262	29,8%	668	15,8%	1.670	39,5%	594	14,0%	37	0,9%	4.231	100,0%
Bogetá	2.337	37,5%	1.132	18,2%	2.386	38,3%	320	5,1%	49	0,8%	6.224	100,0%
Total	10.031	34,8%	4.450	15,4%	11.776	40,8%	2.198	7,6%	390	1,4%	28.845	100,0%

#### 4.4.5. Formas de pago

La principal forma de pago es el salario básico (56,7%), mayor en el sector público que en el privado, seguida por el pago por horas (15,5%), cuando los médicos son contratados de acuerdo con la demanda en un momento dado.

Luego, se encuentra el pago por honorarios (11,2%), que corresponde a una negociación entre los profesionales y las empresas que prestan los servicios de salud. Se aplica sobre todo en la consulta especializada y en servicios de diagnóstico.

<sup>15</sup> Se entiende por contrato por servicios profesionales aquel en que el vínculo que se tiene con la institución de salud se hace a través de un contrato cuyo objeto es la actividad asistencial, el pago se realiza por honorarios y no implica la cancelación de prestaciones de ninguna índole; por contrato a término indefinido, la vinculación laboral que corresponde a la realización de una actividad durante un tiempo indefinido, con relación de subordinación con la entidad a la que se presta la actividad y el pago de una remuneración con prestaciones sociales; y por contrato a término fijo, la vinculación laboral que corresponde a la realización de una actividad por un tiempo definido (3 meses, 6 meses, 1 año), con relación de subordinación con la entidad a la que se presta la actividad y el pago de una remuneración con prestaciones sociales.

Por último, se encuentra el pago por paciente (6,3%), que consiste en el pago total de un tratamiento en un mismo paciente sin importar el número de consultas requeridas. (Tabla N° 23).

**TABLA N° 23**

**FORMAS DE PAGO A LOS MÉDICOS**

	Público		Privado		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Salario Básico	14.675	66,7%	14.154	49,1%	28.829	56,7%
Pago por Horas	3.108	14,1%	4.771	16,5%	7.879	15,5%
Por Honorarios	2.129	9,7%	3.588	12,4%	5.717	11,2%
Pago por Actividad/Evento	810	3,7%	2.722	9,4%	3.532	6,9%
Pago por Paciente	415	1,9%	2.774	9,6%	3.189	6,3%
Por Disponibilidad	133	0,6%	268	0,9%	401	0,8%
No responde	462	2,1%	239	0,8%	701	1,4%
Otro	254	1,2%	329	1,1%	583	1,1%
Total	21.984	100,0%	28.845	100,0%	50.831	100,0%

#### 4.5. RESTRICCIONES

La mayor inconformidad que presentan los profesionales de la medicina como profesión liberal son las limitaciones que vienen imponiendo los modelos de aseguramiento o de salud administrada. En este sentido, los médicos sienten que los sistemas actuales de prestación de servicios de salud son bastante coercitivos con ellos, pues impiden que realicen sus actividades según los protocolos académicos, lo que va en contraposición de los principios éticos de la medicina.

Los médicos sienten que en el actual sistema de aseguramiento la prioridad de las aseguradoras es la contención mediata del gasto, sin pensar que en el futuro esta contención puede repercutir en mayores gastos. Esta práctica se hace extensiva a las prestadoras que conforman su red, sea interna o externa.

En esta investigación se evidenció que el 39% de los médicos considera que la entidad para la cual trabaja le restringe la autorización de servicios para la atención de pacientes. Las zonas nororiental y sur presentan las mayores restricciones, menos frecuentes en la ciudad de Bogotá (Tabla N° 24).

**TABLA N° 24**

**RESTRICCIONES EN SERVICIOS**

REGIÓN	SÍ		NO		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	2.547	37,8%	4.197	62,2%	6.744	100,0%
Noroccidental	5.533	34,9%	10.302	65,1%	15.835	100,0%
Nororiental	3.554	49,5%	3.624	50,5%	7.178	100,0%
Centrooriental	1.442	41,0%	2.073	59,0%	3.515	100,0%
Sur	3.414	43,8%	4.379	56,2%	7.793	100,0%
Bogotá	3.296	33,8%	6.470	66,2%	9.766	100,0%
Total	19.787	38,9%	31.044	61,1%	50.831	100,0%



No obstante lo anterior, el mayor porcentaje de restricciones se presenta en las IPS (52,6%), de las cuales el 54,2% corresponde a IPS públicas y el 45,8% a IPS privadas.

En relación con el 47,4% de restricciones presentadas por parte de EPS, la gran mayoría corresponde a EPS de tipo privado (82%).

En este aspecto, los médicos expresaron que en reuniones mensuales se les mide el gasto generado por los servicios ordenados y se les recomienda no sobrepasar de los parámetros presupuestales establecidos por las entidades. Adicionalmente, manifiestan ser víctimas de intimidaciones tales como amenazas de despido, cambios de horario o desmejora en salarios.

Según los resultados obtenidos, son más frecuentes las restricciones en el sector privado, con 41,5%, que en el sector público, con 35,5% (Tabla N° 25).

TABLA N° 25

## RESTRICCIONES EN SERVICIOS POR SECTOR

SECTOR	SÍ		NO		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Público	7.812	35,5%	14.174	64,5%	21.986	100,0%
Privado	11.976	41,5%	16.870	58,5%	28.845	100,0%
Total	19.787	38,9%	31.044	61,1%	50.831	100,0%

## 4.5.1. Forma de hacer las restricciones

Las restricciones que deben aplicar los médicos con los pacientes son transmitidas por las EPS/IPS por uno o varios medios, así: de manera verbal en un 57,8%, a través de memorando u oficio, en un 19,7%, y a través del bloqueo por sistema en un 10% (Tabla N° 26). En una menor proporción, a través de correo electrónico.

El bloqueo por sistema es entendido como la restricción que se produce al no permitir la formulación de algún medicamento, examen, imagen diagnóstica, remisión a especialista u orden de cirugía, caso en el cual el médico obligatoriamente debe abstenerse de prescribir.

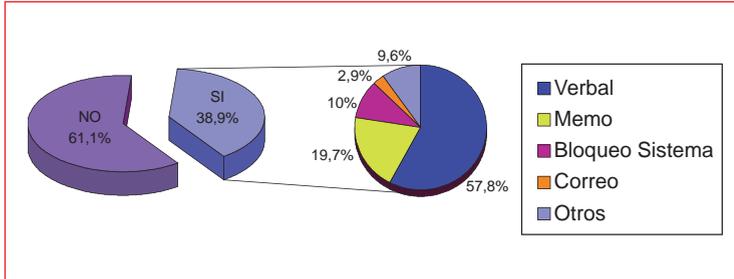
TABLA N° 26

## FORMA EN QUE LAS EPS/IPS HACEN LAS RESTRICCIONES

REGIÓN	Verbal		Memo/oficio		Correo electrónico		Bloqueo de Sistema		Otro		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	1.771	59,8%	582	19,7%	194	6,6%	243	8,2%	170	5,7%	2.960	100,0%
Noroccidental	3.516	55,6%	1.376	21,7%	214	3,4%	642	10,1%	581	9,2%	6.329	100,0%
Nororiental	2.608	61,4%	762	17,9%	69	1,6%	485	11,4%	323	7,6%	4.247	100,0%
Centrooriental	1.232	67,2%	300	16,4%	30	1,6%	180	9,8%	90	4,9%	1.832	100,0%
Sur	2.227	52,2%	742	17,4%	37	0,9%	445	10,4%	816	19,1%	4.267	100,0%
Bogotá	2.239	58,0%	861	22,3%	148	3,8%	344	8,9%	271	7,0%	3.863	100,0%
Total	13.593	57,8%	4.623	19,7%	692	2,9%	2.339	10,0%	2.251	9,6%	23.498	100,0%

GRÁFICA N° 9

FORMA COMO SE HACEN LAS RESTRICCIONES



4.5.2. Tipo de restricciones

La Defensoría del Pueblo ha detectado varios tipos de restricciones que las EPS/IPS vienen imponiendo a los médicos y por las cuales se les indagó en la encuesta aplicada. Ellas son:

**Restricción por tiempo:** aquella que se hace midiendo metas semanales, quincenales o mensuales; ejemplo: el número máximo de exámenes de antígeno prostático que pueden prescribirse en un tiempo determinado.

**Restricción por paciente:** aquella que limita el número de exámenes, imágenes o medicamentos por paciente o consulta; ejemplo: no más de tres (3) medicamentos por fórmula.

**Restricciones por patología:** las que limitan exámenes, imágenes o medicamentos por patología; ejemplo: solo a los hipertensos se les ordenará inhibidores de tipo captopril.

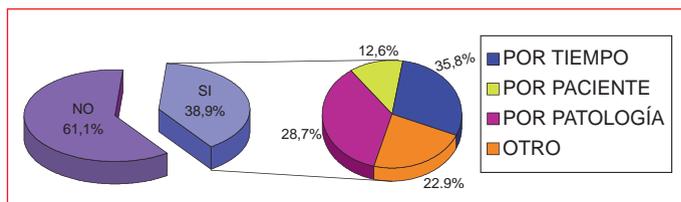
En este orden de cosas, se encontró que las EPS/IPS le imponen a los médicos uno o varios tipos de restricción. La más frecuente es la restricción por tiempo, especialmente en la región Bogotá. Se exceptúa la región centrooriental, en donde predomina la restricción por patología (Tabla N° 27).

TABLA N° 27

TIPOS DE RESTRICCIONES

REGIÓN	Por tiempo		Por paciente		Por Patología		Otro		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	1.116	36,5%	752	24,6%	971	31,8%	218	7,1%	3.057	100,0%
Noroccidental	2.629	35,1%	1.712	22,9%	2.078	27,7%	1.070	14,3%	7.489	100,0%
Nororiental	1.477	31,5%	1.177	25,1%	1.408	30,1%	623	13,3%	4.685	100,0%
Centrooriental	721	32,0%	481	21,3%	781	34,7%	270	12,0%	2.253	100,0%
Sur	1.596	34,1%	965	20,6%	1.410	30,2%	705	15,1%	4.676	100,0%
Bogotá	2.238	43,7%	1.156	22,6%	1.181	23,1%	542	10,6%	5.117	100,0%
Total	9.777	35,8%	6.243	22,9%	7.829	28,7%	3.428	12,6%	27.277	100,0%

**GRÁFICA N° 10**  
**TIPOS DE RESTRICCIONES**



### 4.5.3. Restricciones por servicios

En el siguiente aparte se analizará cada uno de los servicios por los cuales acuden los usuarios, y las restricciones más frecuentes.

En el estudio, los médicos que manifestaron lo relativo a las restricciones dijeron que los exámenes de laboratorio son los más limitados, con un 75,6%, seguidos por la formulación de medicamentos en un 63,2% y, por la remisión a imágenes diagnósticas, en un 58% (Tabla N° 28).

Los anteriores resultados coinciden con los datos que la Defensoría del Pueblo publicó recientemente sobre las causas de tutelas en salud<sup>16</sup>, en donde la negación de estos servicios origina el mayor número de tutelas.

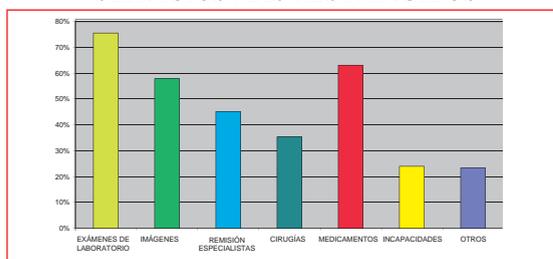
**TABLA N° 28**

**PORCENTAJE DE RESTRICCIONES EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS**

REGIÓN	Exámenes de Laboratorio	Imágenes diagnósticas	Remisión a especialistas	Órdenes de Cirugía	Formulación de medicamentos	Expedición de incapacidades	Otras restricciones
Norte	81,9%	62,9%	47,6%	40,0%	59,0%	23,8%	24,8%
Noroccidental	69,6%	54,7%	44,8%	38,1%	65,7%	22,1%	24,3%
Nororiental	68,8%	44,8%	32,5%	29,2%	61,0%	11,1%	15,6%
Centrooriental	72,9%	66,7%	47,9%	31,3%	70,8%	20,8%	33,3%
Sur	83,7%	62,0%	52,2%	42,4%	69,6%	30,4%	29,3%
Bogotá	80,6%	66,4%	49,3%	29,1%	54,5%	23,9%	18,7%
Total	75,6%	58,0%	45,2%	35,5%	63,2%	24,0%	23,4%

**GRÁFICA N°11**

**SERVICIOS MÁS RESTRINGIDOS**



<sup>16</sup> Defensoría del Pueblo, la Tutela y el derecho a la salud, Período 2003-2005, agosto de 2007.



#### 4.5.3.1. Restricciones en exámenes de laboratorio

Como ya se dijo, los exámenes de laboratorio son los más restringidos, especialmente en las regiones sur y norte.

En primer lugar, dentro de los incluidos en el POS, los más restringidos son las pruebas tiroideas (T3, T4 y TSH), los perfiles lipídicos, antígenos prostáticos y los exámenes de enzimas cardíacas. Estas últimas, básicas para la detección y pronóstico del infarto agudo del miocardio.

Para la Defensoría del Pueblo es preocupante que los médicos mencionen como exámenes restringidos los siguientes: glicemias, citologías, químicas sanguíneas, entre otros; afirmación que coincide con hallazgos de otros estudios realizados por esta entidad<sup>17</sup>.

Respecto de los no incluidos en el POS, los médicos manifiestan como los más restringidos aquellos especializados requeridos para pruebas de fertilidad y hormonales.

#### 4.5.3.2. Restricciones en medicamentos

Constituye el segundo servicio más restringido. En cuanto a medicamentos POS se encontraron entre los más limitados, analgésicos como los siguientes: diclofenaco, ibuprofeno y dipirona; y antibióticos como: ampicilina, eritromicina, gentamicina y cefalexina. Así mismo, los galenos hablaron de controles en la cantidad de medicamentos por fórmula.

En cuanto a medicamentos no POS se hallaron analgésicos como meloxicam, acetaminofén más codeína y antibióticos como ceftriazona y cefalosporinas. Además, todos los medicamentos de marca, aunque su sustancia activa se encuentre en el POS.

#### 4.5.3.3. Restricciones en imágenes diagnósticas

Las imágenes diagnósticas son el tercer servicio que más le restringen a los médicos, de las cuales sobresalen entre las más importantes los siguientes: tomografías axiales computarizadas (TAC), resonancias nucleares magnéticas, ecografías de todos los tipos, radiografías, mamografías, ecocardiogramas, urografías escretoras y electromiografías, todas incluidas en el POS.

En el caso de las mamografías es preocupante que haya restricciones en los médicos, pues estas constituyen parte de los programas de prevención y promoción en la detección temprana de cáncer de mama. Adicionalmente, hay limitaciones en las urografías y otros que requieren medios de contraste.

<sup>17</sup> *La Tutela y el Derecho a la Salud 2003 – 2005*. Defensoría del Pueblo. Bogotá junio 2007.



Respecto de las imágenes diagnósticas no POS, se encuentran como limitados, en su orden: ecografías de tercer nivel, resonancias magnéticas y TAC.

#### 4.5.3.4. Restricciones en remisión a especialistas

A los profesionales médicos se les limita remitir las siguientes especialidades, en su orden: cardiología, neurología, neurocirugía, medicina interna, reumatología, ortopedia, endocrinología, oftalmología, cirugía general, cirugía vascular, otorrinolaringología y urología.

La razón de estas restricciones es la escasa contratación que algunas EPS/IPS hacen de estos especialistas o la falta de los mismos en algunas regiones del país. En reciente investigación, la Defensoría encontró como otro motivo de no remisión la contención de costos, especialmente cuando se detectan enfermedades ruinosas.

#### 4.5.3.5. Restricciones en cirugías

En cirugías POS se encontraron restringidas, entre otras: cirugía general (herniorrafias), ortopedia (reemplazos articulares y cirugías que requieren material de osteosíntesis), oftalmología y ginecobstetricia.

Respecto de las no POS las restricciones se centran en las cirugías plásticas, el bypass gástrico y las cirugías cardiovasculares.

#### 4.5.3.6. Restricciones en días de incapacidad

Aunque los días de incapacidad están directamente asociados a la patología, el 24% de los médicos considera que se ven limitados para expedir días de incapacidad. El promedio de los días que autorizan es de siete.

### 4.6. INCENTIVOS

En general, el 84,4% de los médicos manifiesta que las entidades para las que trabajan no les ofrecen incentivos (Tabla N° 29). Sin embargo, cuando se analizan solamente aquellos médicos que manifestaron tener restricciones por parte de las EPS/IPS la proporción de los que reciben incentivos aumenta.

TABLA N° 29

REGIÓN	¿LE HAN OFRECIDO ALGÚN INCENTIVO?					
	SÍ		NO		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	728	10,8%	6.016	89,2%	6.744	100,0%
Noroccidental	3.026	19,1%	12.808	80,9%	15.835	100,0%
Nororiental	1.039	14,5%	6.140	85,5%	7.178	100,0%
Centrooriental	360	10,3%	3.154	89,7%	3.515	100,0%
Sur	1.299	16,7%	6.494	83,3%	7.793	100,0%
Bogotá	1.476	15,1%	8.290	84,9%	9.766	100,0%
Total	7.928	15,6%	42.903	84,4%	50.831	100,0%



#### 4.6.1. Tipos de incentivos

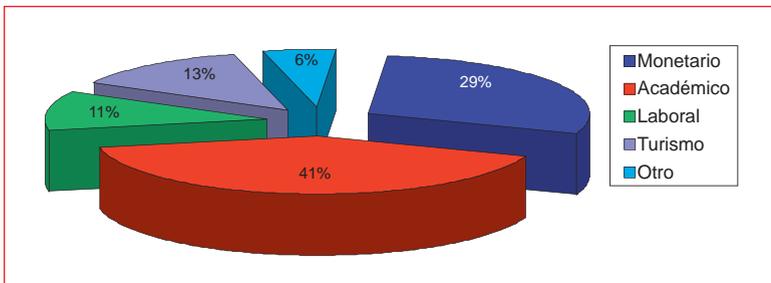
Aquellos médicos que manifestaron que la entidad para la que trabajan les ofreció algún incentivo dijeron que en el 41,2% de los casos eran de tipo académico, bien sea enviándolos a seminarios o cursos de actualización. Un 29,3% indicó recibir incentivo de tipo económico y un 13% incentivos turísticos, mediante financiación de vacaciones (Tabla N° 30).

**TABLA N° 30**  
**TIPO DE INCENTIVOS OFRECIDOS**

REGIÓN	Monetario		Académico		Laboral		Turismo		Otro		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	291	34,3%	315	37,1%	97	11,4%	73	8,6%	73	8,6%	849	100,0%
Noroccidental	1.345	31,9%	1.590	37,7%	306	7,2%	795	18,8%	183	4,3%	4.219	100,0%
Nororiental	462	34,5%	485	36,2%	185	13,8%	46	3,4%	162	12,1%	1.339	100,0%
Centrooriental	120	30,8%	210	53,8%	0	0,0%	60	15,4%	0	0,0%	391	100,0%
Sur	297	18,6%	742	46,5%	223	14,0%	223	14,0%	111	7,0%	1.596	100,0%
Bogotá	541	26,5%	959	47,0%	320	15,7%	148	7,2%	74	3,6%	2.042	100,0%
Total	3.056	29,3%	4.302	41,2%	1.130	10,8%	1.344	12,9%	603	5,8%	10.434	100,0%

**GRÁFICA N° 12**

**TIPOS DE INCENTIVOS OFRECIDOS**



#### 4.7. CAPACITACIÓN

Un 58,3% de los médicos manifiesta que la entidad para la que trabaja no los actualiza en contenidos del POS y que sus conocimientos sobre el mismo se deriva de lo publicado por los medios de comunicación, especialmente la televisión (Tabla N° 31).

**TABLA N° 31**

REGIÓN	¿LA EPS/IPS LO CAPACITA EN CONTENIDOS DEL POS?					
	SÍ		NO		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	2.814	41,7%	3.930	58,3%	6.744	100,0%
Noroccidental	6.878	43,4%	8.957	56,6%	15.835	100,0%
Nororiental	2.585	36,0%	4.593	64,0%	7.178	100,0%
Centrooriental	1.322	37,6%	2.193	62,4%	3.515	100,0%
Sur	3.303	42,4%	4.490	57,6%	7.793	100,0%
Bogotá	4.305	44,1%	5.461	55,9%	9.766	100,0%
Total	21.207	41,7%	29.624	58,3%	50.831	100,0%



En relación con la capacitación de los médicos en su actividad profesional, el 41,9% dice que la entidad los apoya en la actualización de conocimientos mediante el envío a seminarios o cursos de actualización. Por otra parte, el 58,1% señala que toda actualización corre por su cuenta, mediante recursos propios (Tabla N° 32).

Lo anterior es de vital importancia si se tiene en cuenta que la Ley 1164 de 2007 en su artículo 18 determina un plazo de tres años para certificarse mediante la inscripción en el registro único nacional. Esto no sólo obliga a que los profesionales de la salud estén actualizados, sino a que las entidades para las cuales laboran se preocupen por mantener su personal debidamente capacitado.

Hay que anotar que la capacitación y actualización de los profesionales de la salud es determinante en el diagnóstico del paciente y el conocimiento de nuevas enfermedades.

TABLA N° 32

REGIÓN	¿LA EPS/IPS LO CAPACITA EN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL?					
	SÍ		NO		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	2.353	34,9%	4.391	65,1%	6.744	100,0%
Noroccidental	7.520	47,5%	8.315	52,5%	15.835	100,0%
Nororiental	2.377	33,1%	4.801	66,9%	7.178	100,0%
Centrooriental	1.262	35,9%	2.253	64,1%	3.515	100,0%
Sur	3.303	42,4%	4.490	57,6%	7.793	100,0%
Bogotá	4.502	46,1%	5.264	53,9%	9.766	100,0%
Total	21.317	41,9%	29.514	58,1%	50.831	100,0%

Considerando que todas las instituciones de salud deben estar comprometidas con la prestación del servicio, el 27,5% de los médicos cree que la entidad para la cual labora no lo está, ya que priman intereses económicos sobre los sociales (Tabla N° 33).

TABLA N° 33

REGIÓN	¿CONSIDERA QUE ESTÁ TRABAJANDO PARA UNA ENTIDAD COMPROMETIDA CON EL SERVICIO?					
	SÍ		NO		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.
Norte	4.755	70,5%	1.989	29,5%	6.744	100,0%
Noroccidental	12.014	75,9%	3.821	24,1%	15.835	100,0%
Nororiental	5.055	70,4%	2.123	29,6%	7.178	100,0%
Centrooriental	2.223	63,2%	1.292	36,8%	3.515	100,0%
Sur	5.863	75,2%	1.930	24,8%	7.793	100,0%
Bogotá	6.962	71,3%	2.804	28,7%	9.766	100,0%
Total	36.872	72,5%	13.960	27,5%	50.831	100,0%

#### 4.8. SEGURIDAD SOCIAL

En general, los médicos cotizan al Sistema de Seguridad Social bien sea a través de su empleador o de manera independiente. En menor proporción se encuentra la afiliación a riesgos profesionales, donde el 12% de los médicos manifiestan no cotizar. (Tabla N°34).

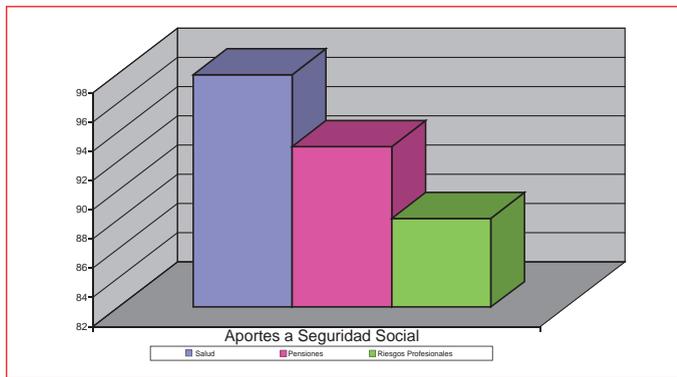
TABLA N° 34

## COTIZACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

REGIÓN	SALUD	PENSIONES	RIESGOS PROFESIONALES
Norte	94,7%	85,4%	80,6%
Noroccidental	98,8%	94,6%	90,0%
Nororiental	99,6%	93,9%	87,7%
Centrooriental	97,9%	94,8%	92,7%
Sur	96,6%	93,7%	88,5%
Bogotá	98,6%	93,1%	88,2%
Total	97,9%	93,0%	88,1%

GRÁFICA N° 13

## COTIZACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL



## 4.9. INGRESOS

En este aparte se exploran los ingresos totales, por mes, percibidos por los médicos, expresado en pesos (año 2006).

En promedio, los médicos declaran ganar mensualmente \$3.449.938 en un rango comprendido entre \$500.000 y \$20.000.000 (Tabla N° 35). No obstante, más del 50% de los médicos gana menos de \$2.900.000 y solamente el 10% ganan más de \$6.000.000. La región de menores ingresos es la norte, mientras que los mayores ingresos se obtienen en Bogotá.

TABLA N° 35

## INGRESOS MENSUALES\* DE LOS MÉDICOS EN COLOMBIA

REGIÓN	Media	Desviación Típica	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Norte	\$ 3.052.940	\$ 2.246.851	\$ 2.500.000	\$ 2.000.000	\$ 500.000	\$ 18.400.000
Noroccidental	\$ 3.723.955	\$ 2.549.859	\$ 3.000.000	\$ 3.000.000	\$ 500.000	\$ 20.000.000
Nororiental	\$ 2.953.620	\$ 1.880.737	\$ 2.500.000	\$ 1.800.000	\$ 600.000	\$ 12.000.000
Centrooriental	\$ 3.053.281	\$ 1.525.035	\$ 2.800.000	\$ 3.000.000	\$ 900.000	\$ 9.000.000
Sur	\$ 3.394.773	\$ 2.302.518	\$ 3.000.000	\$ 3.000.000	\$ 800.000	\$ 20.000.000
Bogotá	\$ 3.741.308	\$ 2.186.845	\$ 3.000.000	\$ 3.000.000	\$ 500.000	\$ 12.000.000
Total	\$ 3.449.938	\$ 2.282.708	\$ 2.900.000	\$ 3.000.000	\$ 500.000	\$ 20.000.000

\* Ingresos en el 2006.





## CONCLUSIONES

Como resultado del análisis de la encuesta, se presentan las siguientes conclusiones:

- El 48,9% de los médicos son egresados de las universidades privadas y el 46,1% de universidades públicas, y cerca del 46% de los mismos tienen al menos una especialización, aunque hay un incremento significativo en especializaciones de tipo administrativo, entre las que sobresalen la auditoría médica y la gerencia en salud.
- Los médicos especialistas se concentran en las grandes ciudades, ocasionando déficit en las regiones apartadas, en donde es difícil acceder a los servicios médicos especializados.
- Los médicos presentan en el país una recarga de trabajo: laboran más de nueve (9) horas diarias los seis (6) días a la semana, con el agravante de que realizan un promedio de ocho (8) turnos nocturnos mensuales, lo cual ocasiona demasiados niveles de estrés, que deterioran la relación médico-paciente.
- El tiempo asignado a los médicos por las entidades prestadoras de servicios, para una consulta, es en promedio 18 minutos, cifra inferior a los 20 minutos establecidos en el artículo 97 de la Resolución 5261 (MA-PIPOS) y reiterada por la Circular 18 de 2005 de la Superintendencia de Salud. Sin embargo, este tiempo suele ser inferior, dada la práctica de la mayoría de instituciones de incluir “citas prioritarias” y “agendas virtuales”, las cuales disminuyen el tiempo real de consulta.
- Para los médicos, el tiempo establecido en la normativa para una consulta sigue siendo deficiente, ya que los 20 minutos no permiten establecer una relación médico-paciente adecuada. Se tienen que eliminar, en varias ocasiones, algunas etapas de la consulta. Un tiempo ideal sería de 30 minutos.
- Existe un gran auge de las cooperativas de trabajo asociado en la contratación en salud, especialmente en el sector público, en donde cerca del



25% de los profesionales son contratados a través de esta modalidad, que afecta el ingreso real de los médicos.

- El 39% de los médicos considera que la entidad para la cual trabaja lo restringe en la autorización de servicios para la atención de los pacientes, especialmente en exámenes de laboratorio, formulación de medicamentos, autorización de imágenes diagnósticas y remisión a especialistas.
- Las pruebas tiroideas (T3, T4, TSH), los perfiles lipídicos, los antígenos prostáticos y las enzimas cardíacas son los exámenes más restringidos.
- En medicamentos, las restricciones más comunes se presentan en analgésicos y antibióticos y todos aquellos de marca, así su sustancia activa se encuentre en el POS.
- Las imágenes diagnósticas que más se restringen son los TAC, las resonancias nucleares magnéticas y, en general, todas aquellas que requieren líquidos de contraste.
- En cuanto a procedimientos especializados se restringen con mayor frecuencia aquellos que posteriormente representan intervenciones quirúrgicas, utilización de prótesis u órtesis o desencadenan en alto costo.
- El mayor porcentaje de restricciones se presenta en las IPS (52,6%), de las cuales el 54,2% corresponde a públicas y el 45,8% a privadas. En relación con el 47,4% de restricciones presentadas en las EPS, el 82% corresponde a EPS privadas.
- Más de la mitad (57,8%) de las instrucciones para hacer restricciones se realiza de manera verbal, fórmula aplicada para que no quede constancia de las mismas. No obstante están haciendo carrera las restricciones por bloqueo del sistema (10%).
- El control de la cantidad de servicios (exámenes, medicamentos, imágenes o citas especializadas) durante un período determinado es la modalidad más frecuente de restricción impartida a los médicos. Igualmente, sobresalen las restricciones por patologías.
- En general, el 84,4% de los médicos indica que las entidades para las que trabajan no les ofrecen incentivos.
- Un 58,3% de los médicos manifiesta que la entidad que los contrata no los actualiza en contenidos del POS y que sus conocimientos sobre el mismo se deriva de otras fuentes, como los medios de comunicación.



## RECOMENDACIONES

- **I**NSTAR al Ministerio de la Protección Social a modificar la reglamentación existente y adecuar el tiempo de duración mínima de la consulta médica a las necesidades reales de los pacientes y sugerida por los profesionales de la salud.
- RECOMENDAR al Ministerio de la Protección Social y al Consejo Nacional de Seguridad Social, hacer exigible a las entidades de aseguramiento la totalidad del contenido del POS y POS-S, sin restricciones en cuanto a la frecuencia de utilización de los servicios por parte de los afiliados.
- RECOMENDAR al Consejo Nacional de Talento Humano que se incentive a aseguradores y prestadores para que realicen actividades de capacitación permanente a los profesionales médicos en contenidos del POS y en el ejercicio de su actividad profesional.
- INSTAR al Ministerio de la Protección Social para modificar el literal b) del art. 7 de la Resolución 3797 de 2004 para que sea el médico tratante quien determine la pertinencia de la solicitud de un medicamento no POS, sin que su autorización sea motivo de discusión.
- INSTAR a la Superintendencia Nacional de Salud para que en cumplimiento de la facultad legal que tiene, realice la vigilancia y adelante los procesos sancionatorios contra los aseguradores y/o prestadores que establezcan restricciones en servicios, incluidos en el POS.
- RECOMENDAR al Ministerio de la Protección Social que establezca, dentro de las políticas de aseguramiento, el fortalecimiento de la condición de médico tratante.
- RECOMENDAR al Ministerio de la Protección Social que adopte un sistema de incentivos dirigido a los profesionales de la salud que laboren en regiones apartadas, con el objeto de asegurar su permanencia.
- INSISTIR al Ministerio de la Protección Social y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para que agilicen la expedición del manual tarifario.





# ANEXOS

## Anexo No. 1



PROGRAMA DE SALUD  
DEFENSORÍA DEL PUEBLO  
Derechos humanos, para vivir en paz

**ENCUESTA NACIONAL A MÉDICOS  
2006**

Los datos que la DEFENSORÍA solicita en esta encuesta son estrictamente confidenciales

---

**I. IDENTIFICACIÓN** Formulario No-

1. Departamento   2. Municipio

3. Estrato Socioeconómico 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Edad (años cumplidos)

5. Género Masculino   Femenino

6. Estado civil Unión libre   Casado (a)   Viudo(a)   Soltero(a)    
Separado(a)   Divorciado(a)

---

**II. FORMACIÓN ACADÉMICA**

7. ¿En cuál universidad se graduó del pregrado?  8. Año de graduación

¿Dónde realizó el año rural?

9. Departamento   10. Municipio

11. Año de realización del rural

12. ¿En cuál IPS?

13. ¿Realizó especialización? Sí   No   **Pase a 15**

	Especialización	Universidad	Ciudad	Año
1				
2				
3				

15. ¿Realizó subespecialización? Sí   No   **Pase a 17**

	Subespecialidad	Universidad	Ciudad	Año
1				
2				
3				

17. ¿Realizó Maestría? Sí   No   **Pase a 19**

	Maestría	Universidad	Ciudad	Año
1				
2				
3				

19. ¿Realizó Doctorado? Sí   No   **Pase a 21**

	Doctorado	Universidad	Ciudad	Año
1				
2				
3				

---

**III. BIENESTAR**

21. ¿Tiene tiempo libre para esparcimiento? Sí   No   **Pase a 24**

22. ¿Cuántas horas semanales dedica al esparcimiento?

23. ¿Cuáles actividades realiza?

24. ¿En los últimos cinco años ha disfrutado vacaciones? Sí   No

25. ¿Hace cuánto disfrutó sus últimas vacaciones?  26. ¿Cuántos días disfrutó?

---

**IV. INFORMACIÓN LABORAL**

27. ¿Labora actualmente? Sí   No   **Pase a 76**

28. ¿Labora actualmente en el sector salud? Sí   No   **Pase a 75**

29. ¿En qué área trabaja? Administrativa   } **Pase a 75**  
Docencia    
Asistencial

30. ¿Realiza consulta privada? Sí   No

31. ¿Presta servicios asistenciales directamente para una EPS? Sí   No

32. ¿Presta servicios asistenciales directamente en Medicina Prepagada? Sí   No

33. ¿Presta servicios asistenciales directamente para una IPS? Sí   No

34. ¿En cuántas EPS/IPS trabaja actualmente?

Página 1 de 3







## Anexo No. 2

	ESPECIALIDADES ASISTENCIALES REALIZADAS POR LOS MÉDICOS													
	Norte		Noroccidental		Nororiental		Centrooriental		Sur		Bogotá		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	340	23,0%	825	17,2%	162	13,0%	60	10,5%	148	10,5%	517	13,5%	2.052	15,4%
PEDIATRÍA	194	13,1%	520	10,8%	138	11,1%	30	5,3%	186	13,2%	541	14,2%	1.609	12,1%
MEDICINA INTERNA	121	8,2%	489	10,2%	138	11,1%	30	5,3%	223	15,8%	467	12,2%	1.468	11,0%
CIRUGÍA GENERAL	97	6,6%	520	10,8%	346	27,8%	30	5,3%	111	7,9%	320	8,4%	1.424	10,7%
ORTOPÉDIA	97	6,6%	306	6,4%	92	7,4%	60	10,5%	186	13,2%	123	3,2%	864	6,5%
ANESTESIOLOGÍA	24	1,6%	122	2,5%	92	7,4%	60	10,5%	37	2,6%	295	7,7%	630	4,7%
IMAGENOLOGÍA	24	1,6%	245	5,1%	0	0,0%	0	0,0%	111	7,9%	197	5,2%	577	4,3%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	0	0,0%	245	5,1%	46	3,7%	60	10,5%	74	5,3%	98	2,6%	523	3,9%
OFTALMOLOGÍA	0	0,0%	183	3,8%	0	0,0%	0	0,0%	37	2,6%	148	3,9%	368	2,8%
SIQUIATRÍA	0	0,0%	183	3,8%	0	0,0%	0	0,0%	37	2,6%	148	3,9%	368	2,8%
UROLOGÍA	0	0,0%	92	1,9%	23	1,8%	30	5,3%	74	5,3%	74	1,9%	293	2,2%
DERMATOLOGÍA	49	3,3%	61	1,3%	23	1,8%	60	10,5%	37	2,6%	74	1,9%	304	2,3%
CIRUGÍA PLÁSTICA	73	4,9%	92	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	74	1,9%	239	1,8%
PATOLOGÍA	24	1,6%	214	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	238	1,8%
FISIATRÍA	0	0,0%	92	1,9%	0	0,0%	60	10,5%	37	2,6%	49	1,3%	238	1,8%
CARDIOLOGÍA	24	1,6%	92	1,9%	23	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	98	2,6%	237	1,8%
ONCOLOGÍA	73	4,9%	122	2,5%	23	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	25	0,7%	243	1,8%
MEDICINA FAMILIAR	73	4,9%	0	0,0%	23	1,8%	30	5,3%	0	0,0%	49	1,3%	175	1,3%
NEUROLOGÍA	0	0,0%	61	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	123	3,2%	184	1,4%
URGENCIAS	73	4,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	37	2,6%	49	1,3%	159	1,2%
NEUMOLOGÍA	0	0,0%	122	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	25	0,7%	147	1,1%
GASTROENTEROLOGÍA	24	1,6%	31	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	74	5,3%	25	0,7%	154	1,2%
ENDOCRINOLOGÍA	24	1,6%	61	1,3%	0	0,0%	30	5,3%	0	0,0%	0	0,0%	115	0,9%
NEUROCIRUGÍA	49	3,3%	31	0,6%	23	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	103	0,8%
SALUD FAMILIAR	97	6,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	97	0,7%
OTRAS	0	0,0%	92	1,9%	92	7,4%	30	5,3%	0	0,0%	298	7,8%	512	3,8%
Total	1.480	100,0%	4.801	100,0%	1.244	100,0%	570	100,0%	1.409	100,0%	3.817	100,0%	13.321	100,0%

## Anexo No. 3

	ESPECIALIDADES ADMINISTRATIVAS REALIZADAS POR LOS MÉDICOS													
	Norte		Noroccidental		Nororiental		Centrooriental		Sur		Bogotá		Total	
	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.	N	Part.
GERENCIA EN SALUD	679	51,9%	734	46,1%	577	58,2%	330	40,7%	445	41,4%	344	17,7%	3.110	40,3%
AUDITORIA MÉDICA	218	16,7%	92	5,8%	92	9,3%	180	22,2%	223	20,7%	271	13,9%	1.076	13,9%
SALUD OCUPACIONAL	146	11,1%	92	5,8%	46	4,7%	60	7,4%	37	3,4%	443	22,8%	823	10,7%
ADMINISTRACIÓN EN SALUD	49	3,7%	214	13,5%	46	4,7%	60	7,4%	111	10,3%	74	3,8%	554	7,2%
EPIDEMIOLOGIA	73	5,6%	61	3,8%	46	4,7%	30	3,7%	111	10,3%	197	10,1%	518	6,7%
ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA	48	3,7%	61	3,8%	69	7,0%	120	14,8%	37	3,4%	197	10,1%	532	6,9%
SALUD PÚBLICA	0	0,0%	62	3,9%	23	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	148	7,6%	233	3,0%
GERENCIA DE CALIDAD	24	1,9%	92	5,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	25	1,3%	141	1,8%
SEGURIDAD SOCIAL	0	0,0%	31	1,9%	23	2,3%	30	3,7%	0	0,0%	49	2,5%	133	1,7%
MEDICINA LABORAL	0	0,0%	0	0,0%	23	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	49	2,5%	72	0,9%
SERVICIOS DE SALUD	0	0,0%	31	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	37	3,4%	0	0,0%	68	0,9%
GERENCIA PÚBLICA	49	3,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	49	0,6%
GERENCIA FINANCIERA	24	1,9%	0	0,0%	23	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	47	0,6%
PROYECTOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	37	3,4%	0	0,0%	37	0,5%
SALUD COMUNITARIA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	37	3,4%	0	0,0%	37	0,5%
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	0	0,0%	31	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	31	0,4%
GERENCIA SEGURIDAD SOCIAL	0	0,0%	31	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	31	0,4%
INVESTIGACIÓN CRIMINAL	0	0,0%	31	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	31	0,4%
MEDICINA LEGAL	0	0,0%	31	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	31	0,4%
ALTA GERENCIA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	25	1,3%	25	0,3%
CONTROL INTERNO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	25	1,3%	25	0,3%
DERECHO LABORAL	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	25	1,3%	25	0,3%
GERENCIA RECURSOS HUMANOS	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	25	1,3%	25	0,3%
PLANIFICACIÓN EN SALUD	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	25	1,3%	25	0,3%
REDES DE INFORMACIÓN	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	25	1,3%	25	0,3%
GERENCIA MERCADERO	0	0,0%	0	0,0%	23	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	23	0,3%
Total	1.310	100,0%	1.591	100,0%	992	100,0%	811	100,0%	1.076	100,0%	1.943	100,0%	7.723	100,0%



[www.imprensa.gov.co](http://www.imprensa.gov.co)  
PBX(0571) 457 80 00  
Carrera 66 No. 24-09  
Bogotá, D. C., Colombia



DEFENSORÍA  
DEL PUEBLO  
COLOMBIA

PROGRAMA  
DE SALUD