

1-1-2007

Riesgo moral en Salud : un estudio de las prácticas médicas en instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS) y empresas promotoras de salud (EPS) de Bogotá 2005-2006

Gina Clemencia Pinzón Aguilar

Angélica María Rodríguez

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia>

Citación recomendada

Pinzón Aguilar, G. C., & Rodríguez, A. M. (2007). Riesgo moral en Salud : un estudio de las prácticas médicas en instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS) y empresas promotoras de salud (EPS) de Bogotá 2005-2006. Retrieved from <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia/277>

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias Económicas y Sociales at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Economía by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

**RIESGO MORAL EN SALUD: UN ESTUDIO DE LAS PRÁCTICAS MÉDICAS EN
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) Y
EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD (EPS) DE BOGOTA 2005-2006**

**GINA CLEMENCIA PINZON AGUILAR
CODIGO 10981297
ANGELICA MARIA RODRIGUEZ
CODIGO 10002254**

**Monografía de Grado
“para optar al título de Economista”**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ECONOMIA
BOGOTA, D .C.
2007**

**RIESGO MORAL EN SALUD: UN ESTUDIO DE LAS PRÁCTICAS MÉDICAS EN
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) Y
EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD (EPS) DE BOGOTA 2005-2006**

**GINA CLEMENCIA PINZON AGUILAR
CODIGO 10981297
ANGELICA MARIA RODRIGUEZ
CODIGO 10002254**

**Monografía de Grado
“para optar al título de Economista”**

**Director
Carlos Arturo Meza Carvajalino**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ECONOMIA
BOGOTA, D .C.
2007**

Nota de aceptación:

Firma del Director de Proyecto

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá, D.C., de octubre de 2007

“No puede haber una sociedad floreciente y feliz cuando la mayor parte de sus miembros son pobres y desdichados”

Adam Smith

“El poder del hombre es ilimitado cuando no está sujeto a la pereza, y cuando confía en el feliz resultado de lo que quiere con todas sus fuerzas.”

Arnold

“El que no espera nada de los hombres es superior a todos los hombres”.

Amado Vervo

“Un esfuerzo más, y lo que iba a ser un fracaso, se convierte en un éxito”

Murat

Dedico este logro a Dios por la sabiduría y la voluntad que me dio para culminar mi carrera, y a mi familia por el apoyo que me han brindado.

GINA CLEMENCIA

Dedico este logro a Dios por la sabiduría y la inteligencia que me dio durante la carrera y todas las personas que de una u otra manera contribuyeron al logro de este sueño, hoy hecho realidad.

ANGELICA MARIA

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por permitirnos culminar la carrera, a los docentes que durante este tiempo nos brindaron sus conocimientos, dedicación y entrega, a la Facultad de Economía durante el transcurso de la carrera quienes fueron fundamentales para culminar con éxito nuestra meta, a la Universidad de La Salle, por la formación académica y su dedicación a los alumnos, ya que fue fuente de nuestro conocimiento, a nuestro director de proyecto Carlos Arturo Meza Carvajalino por guiarnos en el desarrollo de esta monografía.

A nuestras familias y amigos por su motivación, colaboración y confianza durante el transcurrir de la carrera.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	13
1. LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA	14
1.1 La reforma y evolución de la Seguridad Social en Salud	15
1.2 Los mercados regulados y el mercado de la salud	19
1.3 Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud	24
1.4 Aspectos legales que rigen el Sistema de Salud colombiano	27
2. FUNDAMENTOS TEORICOS SOBRE LA ECONOMIA DEL BIENESTAR Y LA PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD	32
2.1 Eficiencia y la condición de Pareto	33
2.2 La eficiencia en la prestación de bienes públicos	35
2.3 La teoría del cambio social	36
2.4 Fallas de mercado en la prestación de servicios de salud	37
2.5 El riesgo moral	38
2.6 La información asimétrica	40
3. ESTIMACION ECONOMICA DEL RIESGO MORAL EN SALUD	41
3.1 La población de Bogotá	41
3.2 La población de Bogotá afiliada al régimen contributivo de salud	42
3.3 Diseño estadístico de muestreo	45
3.3.1 Tamaño de muestra	45
3.3.2 Distribución del tamaño de muestra	46
3.3.3 Selección de las unidades muestrales	46
3.3.4 Procesamiento electrónico de datos	47

3.3.5 Análisis estadístico de resultados	48
3.3.6 Estimación económica del riesgo moral en salud	63
4. CONCLUSIONES	66
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	72

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Períodos de reformas del Sector Salud	16
Tabla 2.	Resumen comparativo del Sistema de Salud antes y después de la reforma Ley 100 de 1993	18
Tabla 3.	Población censada de Bogotá por sexo y grupos de edad definidos en la UPC del gobierno nacional	41
Tabla 4.	Población compensada por afiliación al régimen contributivo	42
Tabla 5.	Definición de variables de investigación	43
Tabla 6.	Prestadores Bogotá de Naturaleza privada de I nivel de atención	45
Tabla 7.	Distribución del tamaño de muestra	46
Tabla 8.	Selección aleatoria de las unidades muestrales	47
Tabla 9.	IPS de los médicos entrevistados	49
Tabla 10.	Zonas de ubicación de las IPS de los médicos entrevistados	50
Tabla 11.	Años de experiencia profesional en medicina general	50
Tabla 12.	Tipo de contrato	51
Tabla 13.	Estadísticos horas laborables al día	51
Tabla 14.	Estadísticos Promedio de pacientes atendidos en turno diario	51
Tabla 15.	Estadísticos tiempo máximo consulta IPS	52
Tabla 16.	Estadísticos tiempo mínimo consulta (minutos)	52
Tabla 17.	Razones de considerar el tiempo mínimo de consulta	53
Tabla 18.	Medicamentos	53
Tabla 19.	Estadísticos pacientes remitidos a laboratorio (diario)	54
Tabla 20.	Estadísticos pacientes remitidos a imagenología (diario)	54

Tabla 21.	Resultados de laboratorio	55
Tabla 22.	Estadísticos pacientes atendidos por especialista (semanal)	55
Tabla 23.	Percepción especialista	56
Tabla 24.	Satisfacción del paciente	57
Tabla 25.	Estadísticos % pacientes alto costo (consulta mensual)	57
Tabla 26.	Estadísticos tiempo transcurrido para realizar la cirugía (días)	58
Tabla 27.	Satisfacción con el trabajo	58
Tabla 28.	Turnos nocturnos	59
Tabla 29.	Ingresos del medico entrevistado	59
Tabla 30.	Estimación de medicamentos faltantes	60
Tabla 31.	Registro de datos de faltante	60
Tabla 32.	Registro Oportunidad de acceso a citas medicas medicina general	62

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1.	Estructura SGSSS	24
Gráfico 2.	Funciones del Ministerio de la Protección social	26
Gráfico 3.	Provisión eficiente de consultas médicas	35

RESUMEN

La atención en salud es una actividad económica con amplias repercusiones en el bienestar y el desarrollo económico de la sociedad. La salud es tomada como un indicador de bienestar y calidad de vida en una comunidad, establece el derecho a la seguridad social, a la salud pública y al saneamiento ambiental.

La regulación en salud es una función pública que organiza las actividades de los agentes que conforman este mercado cuyo objetivo es garantizar la equidad en la interacción de dichos agentes y el bienestar social.

El mercado de la salud tiene un conjunto de características que lo hacen diferente a los mercados de bienes y servicios, es por esta razón que se hace necesaria la alternativa de regular los sistemas de salud a través de la intervención de Estado y de esta forma corregir las distorsiones del mercado y su costo social.

Palabras clave: riesgo moral, competencia regulada, fallas de mercado, economía del bienestar, información asimétrica.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, sobre el riesgo moral en salud en Colombia, es de fundamental importancia a la luz de las reformas implementadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- en Colombia, en lo relacionado con la calidad de la prestación del servicio en el régimen contributivo de salud, y su impacto en el funcionamiento del modelo.

La investigación está organizada en tres capítulos, los cuales corresponden en su conjunto al desarrollo de los objetivos planteados en la investigación. El primer capítulo, desarrolla una visión de la seguridad social de salud en Colombia, la reforma y evolución de la salud y la estructura del mercado de la salud. En el segundo, se describen los fundamentos teóricos de la economía del bienestar y la prestación de los servicios de salud y en el capítulo tres, a partir de la evolución histórica, los planteamientos teóricos y la prestación del servicio, se presenta una aproximación de la estimación económica del riesgo moral en salud.

Finalmente, se enuncian las conclusiones pertinentes que permiten validar las hipótesis planteadas en la investigación.

1. LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

El sistema de salud ha experimentado un cambio transitorio en los últimos años, esto obedece a la necesidad que surge de disminuir los índices de mortalidad, buscar un mejor bienestar y una mayor calidad de vida de la población, lo cual ha sido posible gracias al desarrollo de nuevas vacunas, al progreso de nuevas medicinas y a la complejidad de las instituciones de atención. Cabe señalar que estas transformaciones ocurren en todos los países sobre todo en aquellos con ingresos altos y medios; mientras que en los países de ingresos bajos los cambios no son tan significativos y no permiten mejorar la calidad en la producción y prestación de los servicios de salud.

Para lograr que la prestación de los servicios de salud brinden a toda la población cobertura, calidad y eficiencia, se hace necesario tener una red compleja de factores biológicos y sociales, esto incluye al estado del medio ambiente, la organización social, la estructura económica, las condiciones materiales de existencia, la escolaridad, la nutrición, la fecundidad, y los estilos de vida que según (Frenk:2000) son determinantes de la salud.

De esta forma la atención en salud es una actividad económica con amplias repercusiones en el bienestar y el desarrollo económico de la sociedad. La salud es tomada como un indicador de bienestar y calidad de vida en una comunidad; Frenk (2000) considera que entre la salud y el desarrollo económico de una sociedad existe una relación recíproca y en consecuencia se considera la salud como indicador de política social con sus metas de bienestar.

En Colombia existe una gran población que carece de los servicios adecuados de salud, el gobierno preocupado por estas irregularidades en el sistema, interviene realizando reformas, y cuya finalidad ha sido buscar un mejor manejo y administración de los recursos de la salud de las diferentes regiones haciendo una descentralización a nivel nacional y territorial.

1.1 La reforma y evolución de la Seguridad Social en Salud

Las reformas que ha tenido el Sistema de Salud en Colombia a través de la historia han sido muy importantes, ya que han contribuido al desarrollo y mejoramiento del sistema a lo largo del tiempo; por lo tanto se hace necesario destacar los periodos de mayor trascendencia que nos describen como fueron los resultados obtenidos con dichas reformas.

Tabla 1. Periodos de reformas del Sector Salud

MODELO HIGIENISTA	SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)	SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)
(1886-1970), creado a partir de la promulgación de la Constitución de 1886.	(1970-1989)	(1990-Actualidad), con la creación de la Ley 10 en acuerdo con el artículo 36 de la Constitución Política de 1886.
Atendía aspectos de carácter sanitario y la atención preventiva y curativa la financiaban los propios usuarios.	Los recursos del gobierno central para la salud eran trasladados a la red de instituciones públicas hospitalarias.	La Constitución Política de 1991 en el Art.11 de donde se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de los servicios de salud por parte del Estado.
(1945) Creación de la Caja Nacional de Previsión. (1946) Creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales	Se crea un esquema tripartito de financiación para la prestación de los servicios de salud, (Estado-empleadores-empleados).	La Ley 100 de 1993, dio paso a la instauración del esquema de Competencia Regulada.

La Constitución Política de Colombia de 1991, consagra los derechos y garantías de la protección a los grupos primarios entre los cuales encontramos; la protección a la niñez, a las personas de la tercera edad y

personas con discapacidades tanto físicas como mentales. Establece el derecho a la seguridad social, a la salud pública y al saneamiento ambiental. Sin embargo, la cobertura para la mayoría de la población especialmente las personas de escasos recursos era deficiente.

Las irregularidades que seguía presentando el sistema de salud dieron paso a nuevas reformas estructurales tendientes a solucionar dichos desequilibrios, entre estas reformas encontramos la Ley 100 de 1993 con la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que modificó la prestación del servicio de salud. Entre los principales cambios se pasa del subsidio de la oferta al subsidio a la demanda, la creación de los dos regímenes de afiliación: el contributivo y el subsidiado. En el régimen contributivo se encuentran afiliados los trabajadores formales, los trabajadores independientes con capacidad de pago, los pensionados y sus unidades familiares, y al régimen subsidiado se encuentran afiliadas la población más pobre y vulnerable.

En efecto, la promulgación de la Ley 100 de 1993 creó el SGSSS, teniendo en cuenta que el Estado representa los intereses de la comunidad en su conjunto, y por esta razón debe velar porque estos intereses estén garantizados en el desarrollo de los sistemas político, social y económico. Por ello se instauró un mercado de la salud en el que se integran un conjunto de entidades públicas y privadas las cuales compiten entre sí por el aseguramiento de los individuos. Estas entidades se encuentran bajo el control y supervisión del Estado lo que se conoce en el mercado como competencia regulada. (Meza e Isaza, 2005:3)

Tabla 2. Resumen comparativo del Sistema de Salud antes y después de la reforma Ley 100 de 1993

ANTES DE LA LEY 100 DE 1993	DESPUES DE LA LEY 100 DE 1993
Sistema Nacional de salud (SNS).	Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
Estado de derecho (Constitución de 1886), los servicios de salud se prestaban bajo un esquema de beneficencia pública.	Estado Social de Derecho (Constitución de 1991), el servicio de salud se convierte en un derecho de las personas.
Sistema asistencialista.	Sistema de aseguramiento.
El Estado es reconocido como un Estado de bienestar o benefactor.	El Estado es reconocido como un Estado social o post-benefactor.
Aseguramientos Solamente los trabajadores tanto públicos como privados.	Aseguramiento universal y obligatorio en el país para garantizar un plan definido de beneficios unificado para toda la población.
Modelo de carácter principalmente nacional con predominio de lo público.	Modelo con mezcla de lo publico_privado y competencia regulada.
El Sistema de salud carece de cobertura familiar.	El Sistema cuenta con cobertura para grupo familiar.
Subsidios a la oferta.	Subsidios a la demanda.
Centralización administrativa en la gestión de los recursos.	Descentralización administrativa en la gestión de los recursos: autonomía administrativa y financiera.
Atención de salud a cargo de ISS y cajas de previsión social.	Múltiples aseguradores y prestadores del servicio de salud de naturaleza pública o privada.
Cobertura y aseguramiento limitados, la población de escasos recursos no contaban con la atención integral en salud.	Busca el aseguramiento universal y obligatorio, con equidad en el acceso del servicio de salud.
Regulación y control a cargo del Ministerio de Salud.	Control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.
Integración funcional de actividades e instituciones.	Separación de funciones, descentralización de recursos y responsabilidades.
Instituciones no especializadas que hacían ineficiente al sistema.	Especialización institucional el mejor camino para obtener tanto eficiencia como eficacia en el logro de los objetivos.
El ISS ejercía monopólicamente el aseguramiento de los trabajadores privados.	Libre escogencia de la entidad prestadora de servicios.

1.2 Los mercados regulados y el mercado de la salud

El papel fundamental de los mercados es lograr la mejor asignación de los recursos económicos. Lo anterior se logra cuando existe una competencia perfecta¹, esto es que en la práctica los recursos se dirijan sin intervención del Estado hacia los sectores que tiene mayor rentabilidad.

Además de la competencia perfecta se espera que en los mercados haya ausencia de externalidades², por tanto en la práctica los mercados presentan imperfecciones y desequilibrios entre la oferta y la demanda que hacen que estos pierdan parte de su eficiencia para asignar los recursos.

De igual manera, cuando en un mercado no se tiene la información completa este comienza a presentar desequilibrios conocidos como “información asimétrica”. En el mercado de la salud este problema ha ocupado un papel muy importante debido a que cada vez hay un vacío más notorio en la información entre proveedores y consumidores lo que genera en dicho mercado riesgo moral.

Teniendo en cuenta lo anterior, la regulación en salud es una función pública que organiza las actividades de los agentes que conforman este mercado cuyo objetivo es garantizar la equidad en la interacción de dichos agentes y el bienestar social.

¹ La competencia perfecta supone oferentes disputándose a consumidores, donde ningún productor ni consumidor puede afectar los precios de manera significativa.

² La ausencia de externalidades considera que todos los costos y beneficios de cada transacción involucren únicamente a las partes participantes en ella.

Por esta razón la regulación es un proceso por parte de los organismos reguladores que comprende formular políticas, planes, programas y proyectos adaptándolas de manera estratégica al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Katz y Miranda(1994) realizan un análisis de los mercados de bienes y servicios vinculados a la atención de la salud y se centra en tres de ellos que absorben entre el 70% y el 80% de los gastos operacionales en salud: el de servicios médicos, el de servicios de hospitalización públicos y privados y el de productos farmacéuticos. Consideran que estos mercados presentan estructuras de competencia imperfecta, fuertes externalidades en el consumo de atenciones y una estrecha interdependencia. Explica que si las dos primeras características se dejan libres en su funcionamiento no conduce a soluciones óptimas en cuanto a la asignación de los recursos y a la maximización del bienestar. A su vez la interdependencia significa que en las distorsiones presentes en cualquiera de los mercados anteriores se transmiten y contribuyen a incrementar aquellas distorsiones presentes en los otros.

El mercado de la salud tiene un conjunto de características que lo hacen diferente a los mercados de bienes y servicios, es por esta razón que se hace necesaria la alternativa de regular los sistemas de salud a través de la intervención de Estado y de esta forma corregir las distorsiones del mercado y su costo social.

El Estado en el desarrollo de los sistemas de salud debe asumir un papel importante compatible con el crecimiento del sector privado, que si se ejerce de manera adecuada conlleva a lograr sistemas equitativos y eficientes. Además para garantizar el acceso de la población al nivel básico de salud es

necesario que el Estado intervenga por la vía de la contribución al financiamiento en los costos de salud, que algunas personas que no están en condiciones de pagar y por la vía de diseño de sistemas que garanticen el acceso real de la población a dicho nivel de salud (Sánchez: 1995).

Lo anterior supone garantizar el acceso a prestaciones de salud de tipo preventivo y curativo y servicios con alto y bajo nivel de externalidad con la participación del sector privado en los sistemas de salud.

El papel regulador del Estado tiene como función el acceso de la población a los servicios de salud que proveen beneficios esencialmente públicos y que presenta un alto nivel de externalidad, Sánchez (1995) y al mismo tiempo considera por lo menos tres aspectos centrales que el Estado debe regular en los sistemas de salud:

- El acceso de la población a los servicios de salud.
- El acceso equitativo de la población a los servicios básicos de salud, independientemente de su nivel socioeconómico y ubicación geográfica.
- Las imperfecciones que se originan en el funcionamiento del mercado de la salud como la asimetría en la información, el establecimiento de monopolios naturales y las fallas en la competitividad de los mercados.

El Estado interviene definiendo cuáles son los servicios que las personas deben recibir, la forma y frecuencia en que deben recibirlos, y aportando recursos financieros para garantizar el consumo de los mismos.

De esta manera, el Estado desarrolla mecanismos y sistemas que garantizan el acceso real de la población a los servicios de salud. De igual manera define políticas de cuidado del ambiente y mejoramiento, que

contribuyen al cuidado de la salud de la población; también le compete participar en el otorgamiento de información y en la implementación de acciones educativas dirigidas a elevar el nivel de educación y conciencia de la comunidad al cuidado de la salud.

En este sentido, este mercado debe regularse hasta donde el costo marginal de la regulación iguale el beneficio marginal de la misma. Para esto se deben conocer los costos directos asociados con la implementación de mecanismos reguladores y los costos indirectos que son los costos que generan las distorsiones asociadas con la regulación de los mismos. Los beneficios dependen de la eficiencia de los instrumentos usados para corregir las distorsiones de los mercados y de su efecto sobre el bienestar de la población (Sánchez: 1995).

La regulación puede considerarse como una función pública que se expresa en normas como leyes, decretos o resoluciones de obligatorio cumplimiento para todos los agentes y su cumplimiento es vigilado para establecer sanciones. La normatividad entonces busca corregir problemas que impiden el desarrollo de los mercados o hacen que los resultados generados no sean los óptimos desde una perspectiva social (Restrepo y Rodríguez: 2004).

De este modo la regulación implica un proceso realizado por los organismos reguladores que comprende el diseño, generación y adopción de normas, además de la vigilancia y el control a dichas normas.

La reforma al sistema de salud colombiano (Ley 100 de 1993), permitió el ingreso de las entidades privadas a la prestación de los servicios de salud, y al mismo tiempo la libre elección de los consumidores para garantizar mayor cobertura y mejor calidad brindando eficiencia y bienestar a la población. De

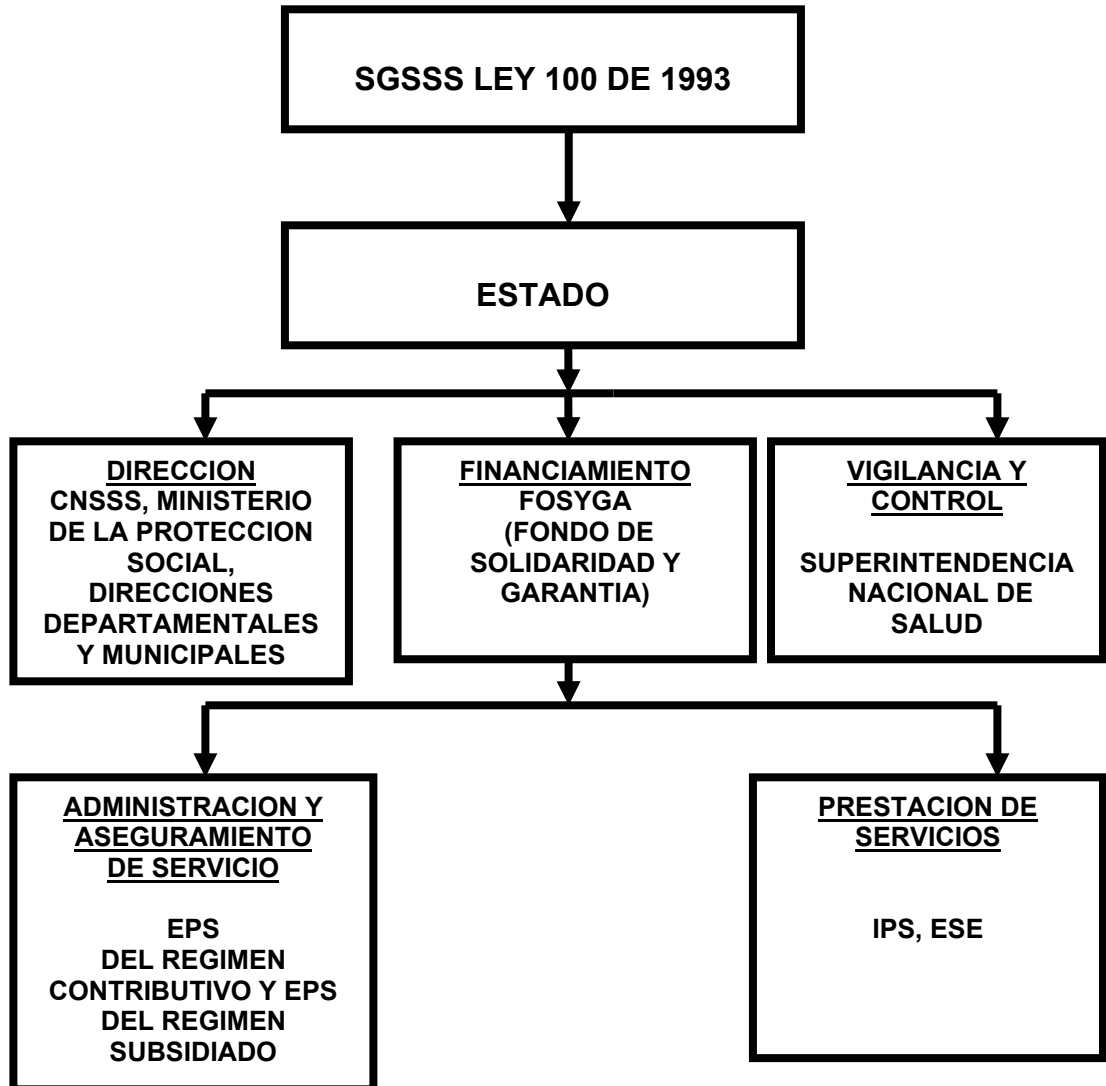
esta manera se creó un mercado regulado por el Estado quien se encarga de vigilarlo y controlarlo para facilitar su desarrollo.

Para el caso colombiano la vigilancia y el control son de dominio público y son obligatorios para todos los agentes que interactúan en el mercado. Con las normas se busca corregir problemas que se generen o que puedan producir resultados negativos que alteren la calidad en la prestación de los servicios; sin embargo esta regulación no ha sido suficiente puesto que se vienen presentando fallas en el mercado de la salud, entre ellas se encuentran: el riesgo moral, la selección adversa, la asimetría en la información y la demanda inducida, que no solamente afectan la eficiencia en el servicio de salud sino que ponen en peligro el bienestar del consumidor.

Actualmente el Sistema de Salud está regulado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

1.3 Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Gráfico 1. Estructura SGSSS



Diseño autores, teniendo como base el modelo de Competencia Regulada.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud,

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud,

EPS: Entidad Promotora de Salud,

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud,

ESE: Empresa Social del Estado.

El Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia está estructurado sobre la base de las funciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS): regulación, financiamiento, administración y prestación de servicios (Restrepo y Rodríguez: 2004). Desde el punto de vista de la dirección y control del sistema se encuentran:

- Ministerio de la Protección Social³.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).
- Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).
- Superintendencia Nacional de Salud.

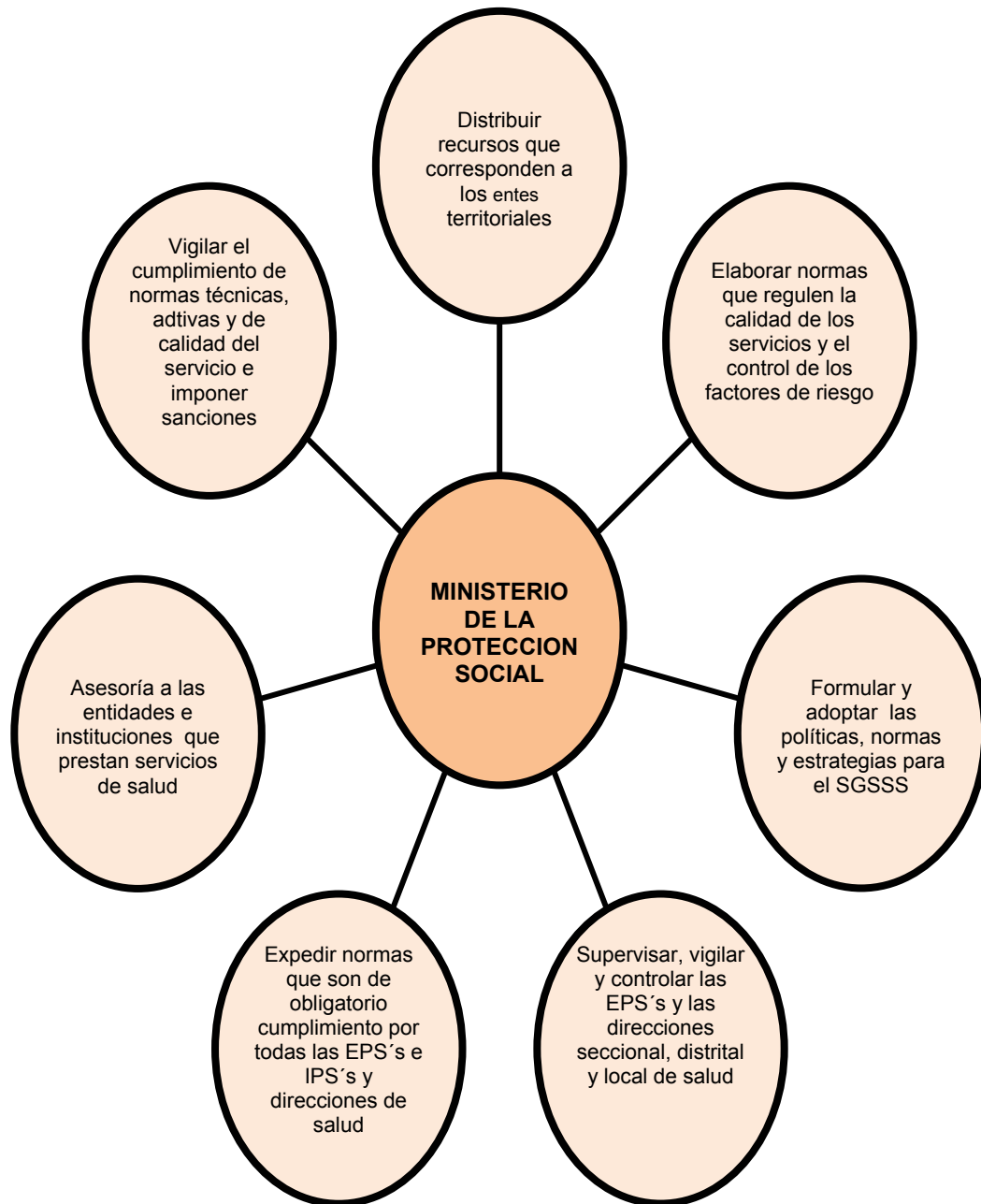
El Ministerio de la Protección Social a través del Viceministerio de Salud formula y adopta las políticas, estrategias, programas y proyectos que orienten los recursos y las acciones del sistema de salud; además emite las normas científicas y administrativas necesarias para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) es el organismo encargado de dirigir el sistema y concertar entre los diferentes integrantes del sistema; sus decisiones son obligatorias para la operación del sistema. Entre sus funciones se encuentra: definir el plan obligatorio de salud (POS) junto con los medicamentos que hacen parte del mismo, el valor de la unidad de pago por capitación (UPC)⁴, el régimen de copagos y cuotas moderadoras y régimen para el pago de incapacidades y licencias de maternidad.

³ El Ministerio de la Protección Social fue creado con la fusión de los Ministerios del trabajo y de Salud a partir del año 2002.

⁴ Corresponde al valor capitado que reconoce mensualmente el Estado a través del FOSYGA a las EPS por cada afiliado. Este valor lo determina el CNSSS y depende de la edad, el género y el perfil epidemiológico de la población.

Gráfico 2. Funciones del Ministerio de la Protección social



Diseño de autores, con base en información del Ministerio de la Protección Social.

Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social que tiene por objeto reunir las cotizaciones y algunos recursos fiscales, como también cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito. Al FOSYGA deben ingresar todos los recursos de salud para financiar la operación de los regímenes contributivo y subsidiado. Estos recursos el FOSYGA los distribuye a cada EPS pagándole por cada usuario una unidad de pago por capitación (UPC) mensual, con esta UPC las EPS realizan todas las gestiones para la atención de sus usuarios.

En cuanto a la Superintendencia Nacional de Salud, es un organismo adscrito al Ministerio de la Protección Social, tiene facultad para aplicar sanciones cumple funciones de inspección, vigilancia y control.

1.4 Aspectos legales que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS).

El nuevo SGSSS puesto en vigencia mediante la Ley 100 de 1993 complementado por las disposiciones reguladoras de la descentralización del sector salud contenidas en la Ley 60 de 1993, desarrollando los objetivos de la Constitución de 1991 y teniendo en cuenta los antecedentes de la ley 10 de 1990, logró imponer un nuevo orden, unidad de criterio y control a la prestación del servicio de salud para toda la población.

Le corresponde al Estado controlar, regular y vigilar la salud con el fin de velar por su calidad, no solo en los servicios de asistencia médica, sino también los derechos hospitalarios, de laboratorio y farmacéuticos. Dada su naturaleza de servicio público, es inseparable a la finalidad del Estado y constituye por lo tanto una obligación de asegurar su prestación eficiente (C.N., art. 48) y ejercer la vigilancia y control (C.N., art.49).

Estos ordenamientos constitucionales tienen un desarrollo legal en la Ley 100 de 1993 mediante la cual se organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Art. 153 se describen los principios y fundamentos del servicio público de salud como son: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad, a su vez el Art. 156 hace referencia a las características de dicho sistema.

Adicionalmente, se creó el decreto 1011 en abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), cuyo objetivo es impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud. Este decreto define los procesos de auditoría a los prestadores de servicios de salud.

El decreto 1011 de 2006 define algunos términos de relevancia para este trabajo como son:

Atención de salud: conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la atención de salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los profesionales independientes de salud (PI) y los servicios de transporte especial de pacientes. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud, en las modalidades hospitalaria y ambulatoria y se clasifican en grados de complejidad (bajo, mediano y alto) de acuerdo a la tecnología y al personal responsable de cada actividad, intervención y procedimiento de salud.

Primer Nivel de atención (I): Es el de menor complejidad y contempla la realización de procedimientos de patologías de urgencias leves y algunas moderadas. Cuenta con médico general, enfermera jefe, auxiliar de enfermería, personal administrativo y ambulancia permanente. A este nivel de atención corresponden las unidades primarias de atención (UPA). Las unidades básicas de atención (UBA), los centros de atención médica inmediata (CAMI), donde se atienden partos expulsivos, observación de pacientes y atención de urgencias, con el apoyo de especialistas como gineco-obstetras y pediatras.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Además, este decreto en su artículo tres (3) enumera y define las características que debe tener el SOGCS, las cuales son:

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS.

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

En el artículo 4 de este decreto especifica los componentes del SOGCS de la siguiente manera:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema Único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

En su artículo 5 este decreto menciona las entidades responsables del buen funcionamiento del SOGCS: Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades Departamentales y Distritales de Salud, Entidades Municipales de Salud.

La circular 30 de 2006 imparte instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud en las entidades prestadoras del servicio de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención en salud (autoevaluación de la Red prestadora de servicios de salud y atención del usuario), en todas las entidades promotoras de salud, del régimen contributivo, del subsidiado y las prepagadas, y los requerimientos de información.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE LA ECONOMIA DEL BIENESTAR Y LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La atención de la salud ha pasado a ser en la mayoría de las sociedades una actividad económica muy importante ya que es considerada como elemento central del desarrollo social. Consecuentemente, las condiciones de salud y enfermedad, el goce de prestaciones sociales y el acceso a los servicios de salud constituyen situaciones ligadas a la vida cotidiana. La salud es un indicador de bienestar y de calidad de vida de una comunidad, así mismo es un elemento que permite que los individuos sean más productivos en todos los ámbitos. Igualmente, existe una relación recíproca entre los niveles de salud y el grado de desarrollo económico de una sociedad. En consecuencia la salud representa una articulación de la política social con sus metas de bienestar y la política económica con su interés por la producción.

Así mismo, la economía del bienestar es la parte de la ciencia económica que estudia la manera en que se identifican y se logran asignaciones socialmente óptimas y eficientes de recursos. Le pertenece interesarse en las consecuencias de las acciones de un individuo dirigidas a lograr su propia satisfacción y la de otros individuos.

Miller y Meiners (1990: 602-603) definen la economía del bienestar como la parte de la ciencia económica que explica la manera en que se identifican y se logran asignaciones de recursos socialmente óptimas y eficientes. El estudio de la economía del bienestar se basa en “las mejores soluciones” que son factibles para la asignación y distribución de los recursos. Las condiciones óptimas o mejores hacen referencia a la maximización del valor económico de un determinado conjunto de recursos. Estos autores plantean tres supuestos para el análisis del bienestar:

- El individuo es el mejor juez de su propio bienestar.
- Si el individuo prefiere a a que a b , su bienestar es mayor en la situación a .
- El individuo actúa de acuerdo a sus preferencias y escoge aquello que el valore mejor.

Se considera que para que el análisis de bienestar tenga sentido se deben aceptar los anteriores supuestos, y adicionalmente se debe tener en cuenta que el Estado actúa buscando el mejor interés del conjunto social.

2.1 Eficiencia y la condición de Pareto

La condición de Pareto se conoce como la asignación óptima o eficiente de recursos la cual fue propuesta por el economista Italiano Vilfredo Pareto. Esta condición es el núcleo fundamental de todas las funciones de bienestar y se conoce como una asignación de recursos tal que cuando recompara con otra cualquiera, las partes involucradas están por lo menos en iguales condiciones de lo que estaban antes y al menos una de ellas mejor que en la situación inicial. También se puede definir como una situación en la cual es imposible que algunos individuos ganen mediante un intercambio voluntario Miller y Meiners (1990:604).

Esta condición indica que un cambio que hace un individuo para estar mejor que antes, sin que ningún otro individuo salga perjudicado, se constituye en una mejora en el bienestar social. Por el contrario una situación que no beneficie a nadie y por la que resulte alguien perjudicado, trae como consecuencia una reducción en el bienestar social (Ibíd.).

Estos autores proponen algunas advertencias frente al análisis en sentido Pareto.

- Plantean que no toda asignación de recursos que satisface la condición de Pareto se constituye en un punto óptimo del bienestar social, sino que depende de la función de bienestar social que indica de que manera intercambiar las ganancias de un individuo con las pérdidas de otro.
- Cuando se incluye un criterio de distribución con el cual evaluar las acciones ejecutadas por el sistema económico, se puede encontrar que un sistema que satisfacía la condición de Pareto puede llevar a una asignación de recursos inadecuada.

En este sentido, Stiglitz (2002:72) señala dos teoremas fundamentales en la economía del bienestar: el primero indica que si la economía es competitiva, es eficiente en sentido Pareto, y el segundo teorema plantea que existen muchas distribuciones eficientes en sentido Pareto, si se redistribuye la riqueza y se dejan actuar libremente las fuerzas de la competencia, se obtiene una asignación de recursos diferente de la anterior y eficiente en sentido Pareto. En el nuevo equilibrio no es posible mejorar el bienestar de un individuo sin empeorar el de algún otro.

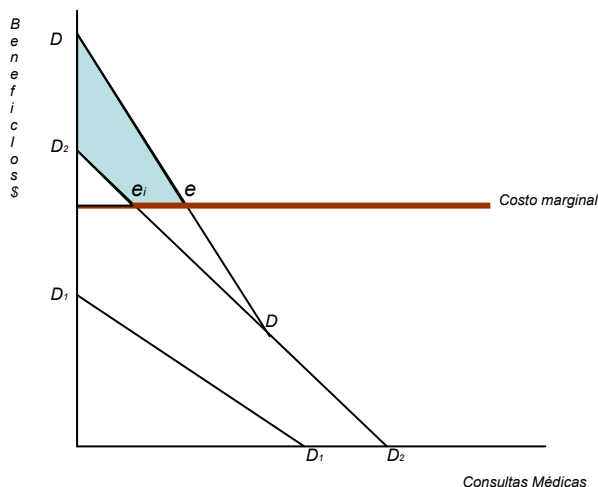
Teniendo en cuenta los anteriores aportes se puede deducir que en el mercado de la salud no se cumple la eficiencia y la condición en el sentido Pareto, ya que uno de los agentes se ve perjudicado, en este caso el paciente debido a que la aseguradora maximiza su beneficio reduciendo la calidad en la prestación del servicio.

2.2 La eficiencia en la prestación de bienes públicos

Teniendo en cuenta que el Estado debe proveer los bienes públicos como la salud, y que este servicio puede ser suministrado por entidades públicas o privadas se hace necesario evaluar la eficiencia en la prestación de los servicios. Miller y Meiners (1990:605) consideran que para medir la eficiencia en la provisión de un servicio es necesario comparar el beneficio marginal de una unidad adicional contra el costo marginal de producirlo.

Lo anterior se puede entender con un ejemplo expuesto por Meza (2006:50) donde relaciona el número de consultas médicas realizadas por dos individuos y el beneficio medido en pesos.

Gráfico 3. Provisión eficiente de consultas médicas



Fuente: Pindyck, (2001:676) (Adaptado por Meza (2006)⁵)

En este ejemplo la curva D_1 , representa las consultas médicas del paciente (A) y D_2 la demanda del paciente (B). Cada curva de demanda indica el

⁵ Este gráfico fue adaptado por Meza en el estudio “Las reformas estructurales de los años 90 en América Latina y sus efectos en el servicio de salud y la calidad de vida”, publicado en la revista Equidad & Desarrollo del Área de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables. No 5 de Enero –Junio 2006.

beneficio marginal que obtiene el paciente que consume los niveles de atención médica, y D representa la curva de demanda agregada de las consultas de los dos pacientes, (la suma de D_1 y D_2) .

Cuando los individuos se encuentran por encima de la línea e obtienen un excedente de beneficios y si se ubican por debajo de la línea e se obtiene un menor costo marginal que disminuye el bienestar social reduciendo al mismo tiempo la producción de servicios de salud. Meza (2006:51)

Los individuos para decir que cantidad demandan de un bien u otro igualan el beneficio marginal que les reporta el consumo de una unidad adicional y el costo marginal, que es el precio que en realidad van a pagar.

En este orden de ideas, Stiglitz (2002:92-103) considera que la economía de bienestar sólo es eficiente en el sentido de Pareto en algunas circunstancias, por lo tanto se tiene que, el riesgo moral es un fallo de mercado que impide que la economía sea más eficiente si no interviene el Estado, es decir que si se deja sola no es óptima en el sentido de Pareto.

2.3 La teoría del cambio social

Los autores Miller y Meiners (1990:616) plantean a través del trabajo realizado por el premio Nóbel de economía, Kenneth Arrow, que no es posible obtener una función de bienestar social consistente a través de un proceso de votación, estos autores investigaron la formulación de las preferencias sociales para las que Arrow planteó cinco axiomas que consideró satisfacen la estructura de estas preferencias:

- Las preferencias sociales deben estar ordenadas de igual manera que las preferencias individuales.

- Si una situación es preferida socialmente para un grupo de individuos y los ordenamientos individuales cambian de tal forma que uno o varios individuos elevan la situación a un rango mas alto sin que ninguno de ellos se vea perjudicado, entonces esta situación debe preferirse socialmente.
- Las preferencias sociales no deben ser impuestas independientemente de las preferencias individuales.
- Una sociedad no debe preferir una situación solamente porque un individuo la prefiere.
- Si una situación de preferencia desaparece, la sociedad debe considerar una alternativa independiente.

La Seguridad Social en Salud ha soportado reformas a nivel de países tanto en los industrializados como en los países en vía de desarrollo, los cuales han venido buscando de alguna manera la formación de mercados en la prestación de servicios de salud, abriéndole espacio a los agentes privados, los cuales le han restado espacio a los agentes estatales.

2.4 Fallas de mercado en la prestación de servicios de salud

El modelo de competencia perfecta supone que los consumidores poseen información relevante para ordenar sus preferencias considerando todas las alternativas posibles y conservando consistencia sobre estas elecciones, al igual que los productores quienes participan libremente en el mercado. Cuando el mercado no es completamente competitivo, Castaño (2000:28) argumenta que con tal situación es posible que haya ineficiencia distributiva, lo que genera producción superior o inferior al óptimo social, dicha situación es conocida en la teoría económica como *falla de mercado*.

En el caso de la salud, se observan varios fallos, de acuerdo con los autores Castaño (2000) y Meza (2003) los cuales se presentan al interior del modelo de salud implementado en Colombia. Entre los más importantes se encuentran: por parte del aseguramiento, las asimetrías de información, el riesgo moral y la selección adversa.

2.5 El riesgo moral

El riesgo moral define unos agentes económicos maximizando su utilidad en detrimento de otros agentes. Esto se da en situaciones donde unos agentes no tienen presente las consecuencias de sus acciones, por tanto, los otros agentes no disfrutan de los beneficios a los que tienen derecho debido a la asimetría de información o restricciones en los servicios pactados que advierten al agente responsable para evitar la asignación de beneficios. Esta definición incluye una extensa variedad de externalidades lo que conlleva a la inexistencia de equilibrio de mercado o ineficiencia distributiva Eatwell, Milgate y Newman (1998:549).

Cuando la asignación de beneficios pactada entre los agentes es incompleta se crean conflictos entre los agentes que maximizan la utilidad y los otros. Tal estado incompleto puede aumentarse debido a varias razones: la existencia de asimetría en la información y la prevención al riesgo, costos y barreras legales disminuyendo costos al momento de ejecutar los acuerdos (Ibíd550).

Bajo las circunstancias anteriormente mencionadas en la prestación de los servicios de salud se crea un problema de riesgo moral por el médico y el paciente cuando el cuidado en el diagnóstico es insuficiente (ibídem:551). Es

de aclarar que en estos casos el médico es solamente un medio utilizado por las aseguradoras para transmitir información que genera la maximización en cuanto a utilidades de dichas entidades.

De esta manera, se considera que el riesgo moral es un fallo en los mercados de salud que afecta directamente la calidad en la producción y prestación de servicios médicos a los asegurados, (para este caso los pacientes).

Dentro de los problemas de información se encuentra el *riesgo moral* por sus implicaciones en términos de eficiencia y bienestar, Rincón y Ospina (2001) consideran que el riesgo moral es generado por la asimetría de información entre dos individuos en donde uno de ellos posee mayor información y su comportamiento varía luego de establecer una relación con el segundo, de tal modo que este no puede observar el comportamiento del primero.

Según (Varian: 2003) el riesgo moral hace referencia a situaciones en las que un lado del mercado no puede observar lo que hace el otro lado del mercado, por esta razón este problema lo llama problema de la acción oculta.

Zweilf y Willard (2000:413); Consideran que el riesgo moral en salud se divide en dos tipos: el primero es el riesgo moral *ex-ante* (entendido como la reducción de los costos y el gasto en la prestación de servicios lo cual se ve reflejado en la reducción de esfuerzos preventivos por parte de los aseguradores) no se predice acertadamente y hay evidencia empírica sobre él. Desde este punto de vista se considera el riesgo moral por el lado de la oferta en donde hay pérdida en la calidad de la producción y prestación de servicios de salud que conlleva a un desmejoramiento en la calidad de vida de los asegurados.

El segundo es el riesgo moral ex-post (que se define como un aumento en la demanda en los servicios médicos optando por la más nueva tecnología médica). Se considera que dentro de los sistemas de salud el riesgo moral se origina a partir de la presencia del seguro, ante éste los consumidores y proveedores, tienden a cambiar su comportamiento llegando a consumir más servicios de los necesarios o de los que serían demandados en condiciones de mercado. Este riesgo moral tiene como consecuencias incremento en los gastos por servicios prestados los cuales se traducen en ineficiencias del seguro.

2.6 La información asimétrica

La asimetría en la información en los sistemas de salud, se debe a la existencia de diferencias en información entre el profesional de la salud y el paciente o usuario del Sistema. En este caso el médico cuenta con un entrenamiento profesional que le permite conocer en forma amplia la condición clínica del paciente, mientras que éste último carece de dicho conocimiento y, por tanto, depende del buen juicio del primero para acceder a la utilización de los servicios.

Para Arrow (1985) la asimetría en la información se puede clasificar de dos maneras: “la acción oculta” y “la información oculta”. La primera involucra acciones que no pueden observarse con precisión o pueden deducirse por uno de los agentes. La segunda involucra los estados naturales sobre los que el agente tiene algunos conocimientos o información; incluso si los agentes son observados por otros, ellos no saben con certeza si la acción era para su interés.

3. ESTIMACION ECONOMICA DEL RIESGO MORAL EN SALUD.

3.1 Población de Bogotá.

El Censo General de Población de Bogotá estimado a junio de 2005 una población censada de 6.778.691 personas (6.763.325 en cabecera y 15.366 en Bogotá resto), resultados publicados en la página web⁶, y estimó la proyección de población de Bogotá a 30 de junio de 2006 en 6.944.398 personas (6.928.464 en cabecera y 15.934 en Bogotá resto), considerando un crecimiento demográfico del 1.29%. La población censada de Bogotá por sexo y grupos de edad (según ciclo vital de la Unidad de Pago por Capitación-UPC del gobierno nacional) se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Población censada de Bogotá por sexo y grupos de edad definidos en la UPC del gobierno nacional.

Edad (años)	mujer	hombre	Total	%	IM	\$UPC Contributivo Sep-dic 2006	\$UPC Contributivo enero-ago 2006	\$UPC Contributivo 2005
< 1	56.045	59.845	115.890	1,7	107	\$959.691.60	\$955.597	\$903.213.79
1 a 4	220.416	228.689	449.105	6,6	104	\$497.329.20	\$495.208	\$468.062.21
5 a 14	607.419	625.619	1.233.038	18,2	103	\$264.207.60	\$263.079	\$248.658.01
15 a 44 H		1.628.066	1.628.066	24,0		\$233.125.20	\$232.129	\$219.404.16
15 a 44 M	1.782.277		1.782.277	26,3		\$481.788	\$479.733	\$453.435.26
45 a 59	547.466	458.626	1.006.092	14,8	84	\$314.719.20	\$313.374	\$296.195.62
60 y +	324.599	239.624	564.223	8,3	74	\$885.870	\$882.089	\$833.735.81
Total	3.538.222	3.240.469	6.778.691	100	92	\$388.538.20	\$386.681	\$365.673.60
%	52,2	47,8	100					

Fuente: DANE, Censo general de población de Bogotá 2005 sexo y edades simples. % = frecuencia relativa vertical. IM= índice de masculinidad (hombres / mujeres *100). Minproteccion Social-CNSSS: Unidad de pago por capitación-UPC del 1 septiembre al 21 diciembre de 2006: contributivo \$388.538.20 equivalente a un valor diario de \$1.079.28 y subsidiado \$217.371.60 equivalente a un valor diario de \$603.81, según acuerdo 336 de 18 de agosto 2006 del CNSSS; UPC del 1 enero al 31 agosto de 2006: contributivo \$386.881.20 y subsidiado \$215.712, según acuerdo 322 de 22 de diciembre 2005 del CNSSS; UPC periodo 2005: contributivo \$365.673.60 y subsidiado \$203.886, según acuerdo 282 de diciembre 2004 del CNSSS.

⁶ www.Dane.gov.co/Población/Censo_2005, Población censada periodo 2005 publicado en mayo/2007 y Población conciliación demográfica periodo 2005 y Proyecciones de población periodo 2006 y 2007 publicada en agosto/2007.

3.2 Población de Bogotá afiliada al régimen contributivo de salud.

La población de Bogotá compensada por afiliación al régimen contributivo de Salud a 30 de junio de 2007, fueron 4.417.051 personas y discriminada por Entidad Promotora de Salud-EPS, se registra en la tabla 4.

Tabla 4 Población compensada por afiliación al régimen contributivo.

EPS	compensados	%
Total	4.417.051	100
FAMISANAR	735.801	16,7
COMPENSAR	624.817	14,1
ISS	491.357	11,1
SANITAS	442.999	10,0
SALUD TOTAL	435.873	9,9
CRUZ BLANCA	404.184	9,2
CAFESALUD	368.131	8,3
SALUDCOOP	349.518	7,9
COLMEDICA	192.606	4,4
COOMEVA	110.458	2,5
SUSALUD	106.663	2,4
HUMANA VIVIR	71.688	1,6
COLPATRIA	53.944	1,2
RED SALUD	8.033	0,2
SOLSALUD	6.960	0,2
SALUD VIDA	5.375	0,1
FONDO P	4.251	0,1
S.O.S	3.687	0,1
SALUD COLOMBIA	459	0,0
CONMFENALCO	239	0,0
COMFENALCO A	10	0,0

Fuente: FOSYGA. Afiliados compensados de Bogotá: Primer proceso de enero-junio/2007

La medición del riesgo moral en salud se estimó a partir de la evaluación de las variables que se definen en la tabla 5.

Tabla 5 Definición de variables de investigación.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición
Experiencia profesional	Años de experiencia profesional en medicina general.	Número de años de experiencia	Continua, estadísticas de tendencia central y dispersión
Tipo de contrato	Definición de la estabilidad laboral de los médicos generales.	Clasificación de tipo de contrato	Nominal, distribución estadística de frecuencias.
Salario	Relación entre el número de pacientes atendidos y el rango de ingresos devengado	Ingresos en SMLV	Continua, estadísticas de tendencia central y de dispersión.
Horas laborales	Número de horas laboradas por turno	Tiempo en número de horas laboradas	Continua, estadísticas de tendencia central y de dispersión
Tiempo de la consulta medica	Tiempo de consulta medica	Tiempo máximo en minutos de una consulta medica	Continua, estadísticas de tendencia central y de dispersión
Remisiones a especialistas al mes	Cantidad de pacientes que son remitidos por un médico general en un mes	Número de remisiones a especialista al mes	Continua, estadísticas de tendencia central y de dispersión
Remisiones a exámenes de laboratorio al día	Cantidad de pacientes remitidos a exámenes de laboratorio en un día	Numero de remisiones a exámenes de laboratorio al día	Continua, estadísticas de tendencia central y de dispersión
Tratamientos de alto costo	Relación de pacientes con tratamiento de alto costo y consulta de medicina general.	Porcentaje de pacientes con tratamiento de alto costo que son atendidos por medicina general.	Continua, estadísticas de tendencia central y de dispersión
Citas para paraclínicos (exámenes de laboratorio y RX)	Tiempo de espera para la práctica de un examen ya ordenado.	Días de espera entre la remisión y la realización de el examen	Continua, estadísticas de tendencia central y de dispersión
Procedimientos quirúrgicos	Tiempo de espera para la práctica de un procedimiento quirúrgico diagnosticado	Días de espera entre la remisión a un procedimiento quirúrgico y su realización	Continua, estadísticas de tendencia central y de dispersión
Medicamentos	Efectividad de los medicamentos	Efectividad de los medicamentos suministrados por la IPS.	Nominal, distribución estadística de frecuencias
Satisfacción en servicios médicos de II Y III Nivel de atención.	Confiabilidad de las consultas de II y III nivel de atención medica.	Porcentaje de pacientes satisfechos con los servicios médicos de II y III Nivel de atención	Continua, estadísticas de tendencia central y dispersión
Resultados de laboratorios, ayudas diagnosticas e imágenes	Confiabilidad de los resultados de exámenes de laboratorio, ayudas diagnosticas e imágenes	Confiabilidad a la respuesta de los resultados	Nominal, distribución estadística de frecuencias
Oportunidad de citas medicas	Tiempo transcurrido entre la solicitud y la asignación de una cita medica	Tiempo en horas entre la solicitud y la asignación de una cita	Continua, estadísticas de tendencia central y dispersión
Faltantes en medicamentos	Medicamentos faltantes por día	Numero de medicamentos faltantes por receta en un día	Continua, estadísticas de tendencia central y dispersión

La metodología escogida para evaluar las variables descritas, fue a partir de la aplicación de una encuesta al personal médico de un grupo de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la ciudad de Bogotá,

recolectando información en un instrumento estructurado por módulos sobre los siguientes aspectos.

El modulo identificación, recolecto información sobre nombre y ubicación de la IPS.

El modulo perfil laboral del entrevistado, recolecto información sobre años acumulados de experiencia profesional en medicina general, el tipo de contrato que tiene con la IPS, las horas que labora al día, pacientes en promedio que atiende en su turno diario, tiempo máximo de duración (en minutos) de la consulta médica estipulado por la IPS, opinión sobre cuanto debe ser el tiempo mínimo de duración (en minutos) de la consulta médica de un paciente y sus razones, medicamentos suministrados por la EPS a sus pacientes en que medida responden satisfactoriamente al tratamiento indicado, cuantos pacientes en promedio diario remite a exámenes de laboratorio, cuantos pacientes en promedio diario remite a exámenes de diagnostico por Imaginología, como califica el medico la confiabilidad los resultados de laboratorios, ayudas diagnosticas e imaginología del laboratorio de referencia de la EPS, cuantos pacientes en promedio semanal remite al especialista, percepción que tiene de la capacidad resolutive de los especialistas adscritos, de acuerdo a los pacientes que remite, satisfacción manifiesta de los pacientes con los servicios médicos de II y III nivel, porcentaje de los pacientes atendidos en consulta que corresponden a tratamientos de alto costo, tiempo promedio que transcurre entre el diagnostico y la realización del procedimiento quirúrgico (en días), satisfacción en el trabajo que realiza en la IPS, lo ha obligado su patrono a realizar un procedimiento o actividad que vaya en contra de su ética profesional, realiza turnos nocturnos y nivel de ingresos mensuales devengados en esta IPS por servicios profesionales de medicina general. Ver anexo instrumento de encuesta.

3.3 Diseño estadístico de muestreo.

El Diseño estadístico considero un cálculo de tamaño de muestra y selección de las unidades muestrales, de acuerdo al siguiente desarrollo.

3.3.1 Tamaño de muestra

Se estimó un tamaño de muestra aleatorio simple de 184 entrevistas a médicos, que laboran en instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza privada de I nivel de atención.

$$n = \frac{NZ^2S^2}{(Z^2S^2) + (Ne^2)} = 184_medicos$$

Donde:

N = Universo de estudio conocido que corresponde aproximadamente a 2000 prestadores de la ciudad de Bogotá D.C. (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de naturaleza privada de primer Nivel, que están habilitas por la Secretaria Distrital de Salud para prestar el servicio de Consulta Externa de Medicina General. Ver tabla 6.

Tabla 6. Prestadores Bogotá de Naturaleza privada de I nivel de atención

PRESTADORES NIVEL I	TOTAL	%
Prestadores Norte	1.362	68
Prestadores Centro	280	14
Prestadores Sur	358	18
Población de estudio	2.000	100

Z = nivel de confiabilidad estadístico de 95%, para una constante de confiabilidad bajo la curva normal estándar de $z = \pm 1.96$.

$S^2 = p(1-p)$ varianza proporcional estimada a partir de una proporción $p=0.85$ equivalente a la proporción de medicina general del total de atenciones generales y especializadas realizadas en Bogotá).

e = error admisible en las estimaciones sugerido del 4.89%.

3.3.2 Distribución del tamaño de muestra.

La muestra se distribuyó con afijación proporcional al tamaño del universo, estratificando las instituciones prestadoras de servicios de salud de I nivel de atención, por ubicación geográfica en Norte, Centro y Sur de la Ciudad de Bogotá, de tal forma que estén representadas todas las zonas. Ver tabla 7.

Tabla 7. Distribución del tamaño de muestra.

	FRECUENCIA	NORTE	CENTRO	SUR
Población de estudio	2.000	1.362	280	358
%	100	68	14	18
Muestra Evaluada	184	97	23	64
%	100	53	13	35

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. IPS habilitadas junio 2007.

3.3.3 Selección de las unidades muestrales.

La muestra estadística se seleccionó aleatoriamente del universo, escogiendo tres (3) Entidades Promotoras de Salud de Bogotá: Saludcoop-EPS, Cafesalud-EPS y Cruz Blanca-EPS, y se seleccionaron los 35 centros de atención de medicina familiar de estas entidades, aplicando el instrumento de encuesta a 184 médicos generales que realizan consulta externa en los centros de atención de I nivel. Ver tabla 8.

Tabla 8. Selección aleatoria de las unidades muestrales.

IPS	DIRECCION	TELEFONO	EPS	ZONA
CAFI PUENTE ARANDA	Avda. calle 6 No.49-21	4203670	Cafesalud	Centro
CAFI RESTREPO	Cra. 18 No.15-44 Sur	2091495-	Cafesalud	Sur
CAFI CALLE 80	Avda. Calle 80 No.89A-30	5476431	Cafesalud	Norte
CAFI CALLE 56	Cra. 7 No.55-37	2490705	Cafesalud	Norte
CAFI CALLE 100	Transv. 23 No.100-17	6180996	Cafesalud	Norte
CAFI CALLE 138	Autopista Norte No.137-95	2581059	Cafesalud	Norte
CAFI KENNEDY	Calle 33 Sur No.75B-07	4507777	Cafesalud	Sur
COMPLEJO SUR	Autop. Sur No.87-54	7752526	Cafesalud	Sur
CMF- PTE ARANDA	Calle 13 No.47-72	2686491 -	Cruz Blanca	Centro
CMF - TEUSAQUILLO	Cra. 16 No.34-08	2875591/94	Cruz Blanca	Norte
CMF Y CO. HEROES	Avda. 13 No.82-49	2189642	Cruz Blanca	Norte
CMF -STA. M. LAGO	Calle 74 No.72-33	4361943/46	Cruz Blanca	Norte
CMF - CALLE 80	Avda. Calle 80 No.116B-35	4427073 -	Cruz Blanca	Norte
CMF - PEPE SIERRA	Avda. 116 No.27-05	6373416/04	Cruz Blanca	Norte
CMF - SOACHA	Cra. 4 No.10-75	5752137/52	Cruz Blanca	Sur
CMF - COMPLEJO SUR	Autop. Sur No. 87-54	7752765 -	Cruz Blanca	Sur
CMF - VENECIA	Diagonal 49 No.51-52 Sur	7244094 -	Cruz Blanca	Sur
CMF - MANDALAY	Transversal 75 No.5ª-25	4528651	Cruz Blanca	Sur
CMF Y CO. 20 DE JULIO	Calle 20 Sur No.6-28	3666085	Cruz Blanca	Sur
CMF - 1 DE MAYO	Calle 22 Sur No.22-02	3619068/71	Cruz Blanca	Sur
CMFY CO – AMERICAS	Avda. Américas No.67-21	2907836	Cruz Blanca	Sur
SANTA BARBARA	Avda.116 No. 28-37	6291131 ext: 106	Saludcoop	Norte
NORMANDIA	Calle 51 No. 72- 17	4105411-	Saludcoop	Norte
SANTA ISABEL	Calle 10 A No.32 -55 sur	3753796-	Saludcoop	Centro
C. COMPLEJO AVD 68	AVD. CRA. 68 NO. 13 – 71	4141177	Saludcoop	Norte
CIUDAD BERNA I	Calle 8 No. 13 - 05 Sur	2800662	Saludcoop	Centro
CIUDAD BERNA II	Calle 5 sur No 13-15	3330027	Saludcoop	Centro
OLAYA	calle 27 sur No 20 – 16	6514000	Saludcoop	Sur
VERAGUAS	Cile 5 # 30-34	6514000	Saludcoop	Centro
NIZA	Calle 125A No. 57-11	6514000	Saludcoop	Norte
COMPLEJO MEDICO DEL SUR	Autop. Sur No. 10-90	6514000	Saludcoop	Sur
CHICO NAVARRA	Autopista Norte # 100-90	6514000	Saludcoop	Norte
CORVESALUD TEUSAQUILLO	Carrera 13 No. 37 – 37	6514000	Saludcoop	Norte
CORVESALUD FONTIBON	Carrera 100 No. 24D-68	6514000	Saludcoop	Sur
CORVESALUD KENNEDY	Cil. 40A Sur No. 75-30	6514000	Saludcoop	Sur

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. IPS habilitadas junio 2007. CMF=centro medico familiar

3.3.4 Procesamiento electrónico de datos.

La información recolectada en el instrumento de encuesta se almacenó en un archivo de base de datos y se procesó electrónicamente mediante el uso del software estadístico Statistical Pocket for Social Science (SPSS) y se realizó

un análisis estadístico de resultados, en la búsqueda de elementos que permitan inferir sobre las características de la calidad, en la prestación de los servicios médicos que conllevan a demostrar la existencia de riesgo moral en salud desde el punto de vista del médico de primer nivel de atención. Ver manual de codificación encuesta riesgo moral.

3.3.5 Análisis estadístico de resultados.

Se realizaron los procedimientos estadísticos descriptivos de frecuencia univariada (a las variables nominales), presentando la frecuencia absoluta (equivalente al número de casos favorables al evento observado) y la frecuencia relativa (participación % del número de casos favorables al evento observado con respecto al número total de casos evaluados). Se realizó el procedimiento estadístico descriptivo de tendencia central (promedios) y de dispersión (desviación estándar) a las variables cuantitativas de tipo numéricas.

En la ciudad de Bogotá durante los meses de junio y julio del 2007 se entrevistaron 184 médicos, vinculados con 35 IPS de primer nivel de atención, ubicadas en el Distrito Capital. El 7.6% de los entrevistados (n=14 médicos) están vinculados con la IPS CAFI Puente Aranda, el 7.1% (n= 13 médicos) con la IPS Avenida 68 y el 5.4% (n=10 médicos) con la IPS CAFI 138, entre las más participativas. El 52.7% de las IPS (n=97) están ubicadas en el norte de Bogotá, el 19.6% (n=36) ubicadas en el sur occidente, el 14.7% (n=27) en el sur de la ciudad y el 12.5% (n=23) en el centro. En todas ellas se indagó en los médicos de consulta sobre la labor desempeñada de acuerdo a los fines de la investigación. Ver tabla 9 y tabla 10.

Tabla 9. IPS de los médicos entrevistados.

Institución Prestadora de Servicios	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 de JULIO	7	3,8
AV 68	13	7,1
CAFI 51	9	4,9
CAFI CALLE 80	8	4,3
CAFI CALE 100	4	2,2
CAFI 138	10	5,4
CAFI PTE ARANDA	14	7,6
CAFI RESTREPO	8	4,3
CALLE 80	8	4,3
PRIMERO de MAYO	7	3,8
CIUDADELA DEL SUR	6	3,3
CIUDAD BERNA	4	2,2
CHICO NAVARRA	6	3,3
FONTIBON	6	3,3
HEROES	8	4,3
ILARCO	2	1,1
KENNEDY	5	2,7
MANDALAY	5	2,7
NIZA	5	2,7
NORMANDIA	5	2,7
OLAYA	7	3,8
PEPE SIERRA	5	2,7
AV 116	9	4,9
STA MARIA DEL LAGO	5	2,7
SANTA BARBARA	1	,5
SANTA ISABEL	5	2,7
SOACHA	1	,5
VENECIA	5	2,7
VERAGUAS	6	3,3
Total	184	100

Tabla 10. Zonas de ubicación de las IPS de los médicos entrevistados

ZONA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORTE	97	52,7
CENTRO	23	12,5
SUR	27	14,7
SUR OCCIDENTE	36	19,6
NO INFORMO	1	,5
TOTAL	184	100

Perfil laboral del médico entrevistado (años de experiencia profesional en medicina general)

El 38% de los médicos entrevistados (n=70) tienen una experiencia profesional en medicina general acumulada entre 5 a 10 años, el 28.8% (n=53 médicos) experiencia de más de 10 años, el 21.7% (n=40 médicos) experiencia de 2 a 5 años y el 11.4% (n=21 médicos) experiencia menor de 2 años. Ver tabla 11

Tabla 11. Años de experiencia profesional en medicina general

AÑOS DE EXPERIENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 2 AÑOS	21	11,4
2 A 5 AÑOS	40	21,7
5 A 10 AÑOS	70	38,0
+ DE 10 AÑOS	53	28,8
TOTAL	184	100

Tipo de contrato con la IPS

El 96.2% de los médicos entrevistados (n=184) tienen contrato indefinido con la IPS. Ver tabla 12

Tabla 12. Tipo de contrato

TIPO DE CONTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INDEFINIDO	177	96,2
FIJO	2	1,1
PRESTACION SERVICIOS	1	,5
OTRO	1	,5
No inform6	3	1,6
TOTAL	184	100

Horas laborables al d6a

Los m6dicos entrevistados manifestaron que laboran entre 6 a 12 horas, con mediana de 7 horas diarias, moda de 6 horas diarias, promedio de 7.29 horas diarias y desviaci6n de 1,6 horas diarias. Ver tabla 13

Tabla 13. Estad6sticos horas laborables al d6a

	N	M6NIMO	M6XIMO	MEDIA	DESVIACI6N	MEDIANA	MODA
HORAS AL DIA	184	6	12	7,29	1,633	7	6

Promedio de pacientes atendidos en turno diario

Los m6dicos entrevistados especificaron que atienden entre siete (7) y 23 pacientes promedio por turno diario, con mediana y moda de 18 pacientes turno diario, promedio de 19 pacientes turno diario y desviaci6n de 2 pacientes turno diario. Ver tabla 14

Tabla 14. Estad6sticos Promedio de pacientes atendidos en turno diario

	N	M6NIMO	M6XIMO	MEDIA	DESVIACI6N	MEDIANA	MODA
PACIENTES TURNO DIA	184	7	23	18,82	2,074	18	18

Tiempo máximo de duración (minutos) de consulta médica por paciente estipulado por la IPS

Los médicos entrevistados respondieron que el tiempo máximo de duración en minutos de la consulta médica por paciente estipulado por la IPS con la cual laboran está entre quince (15) a veinte (20) minutos paciente, con mediana, moda y promedio de veinte (20) minutos paciente y desviación de 0.36 minutos paciente. Ver tabla 15

Tabla 15. Estadísticos tiempo máximo consulta IPS (minutos)

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN	MEDIANA	MODA
TIEMPO MAXIMO CONSULTA IPS (minutos)	184	15	20	19,97	,369	20	20

Tiempo mínimo de duración (minutos) de consulta médica por paciente

Los médicos entrevistados consideran que el tiempo mínimo de duración en minutos de la consulta médica en un paciente regular esta entre 20 a 30 minutos paciente, con mediana y moda de 30 minutos paciente y promedio de 28 minutos paciente y desviación de 3.6 minutos paciente. Ver tabla 16

Tabla 16. Estadísticos tiempo mínimo consulta (minutos)

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN	MEDIANA	MODA
TIEMPO MINIMO CONSULTA (minutos)	184	20	30	28,34	3,560	30	30

Las razones por las cuales considera el tiempo mínimo para una adecuada consulta médica, obedece principalmente a la patología del paciente 46,2% y las patologías son múltiples en un 24,5%. Ver tabla 17.

Tabla 17. Razones de considerar el tiempo mínimo de consulta.

	RAZONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	La patología de cada paciente	85	46,2
	Las patologías múltiples	45	24,5
	Consulta de 1ª. Vez o de control	25	13,6
	Correcto diligenciamiento de la historia clínica y valoración	10	5,4
	El tipo de paciente	9	4,9
	Según el cuadro clínico del paciente	6	3,3
	Las patologías son complejas en pacientes de alto costo	4	2,2
	TOTAL	184	100

Los medicamentos suministrados por EPS al paciente responden satisfactoriamente al tratamiento

El 58.7% de los médicos entrevistados (n=108) afirmaron que los medicamentos suministrados por la EPS a sus pacientes responden medianamente al tratamiento, y el 40.8% de los médicos entrevistados (n=75) manifestaron que los medicamentos responden satisfactoriamente al tratamiento. Ver tabla 18.

Tabla 18. Medicamentos

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	MUY SATISFACTORIAMENTE	1	,5
	SATISFACTORIAMENTE	75	40,8
	MEDIANAMENTE	108	58,7
	TOTAL	184	100,0

Promedio diario pacientes remitidos a examen de laboratorio

Los médicos entrevistados respondieron que en promedio diario remiten entre 2 y 10 pacientes a exámenes de laboratorio, con mediana, moda y promedio de cinco (5) pacientes y desviación de 1,4 pacientes. Ver tabla 19

Tabla 19. Estadísticos pacientes remitidos a laboratorio (diario)

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN	MEDIANA	MODA
PACIENTES LABORATORIO (DIARIO)	184	2	10	4,89	1,392	5	5

Promedio diario pacientes remitidos a examen de diagnostico de imagenología

Los médicos entrevistados respondieron que en promedio diario remiten entre uno (1) y ocho (8) pacientes a exámenes de diagnóstico de imagenología, con mediana y promedio de dos (2) pacientes diarios, moda de un paciente diario y desviación de 1,4 pacientes diarios. Ver tabla 20

Tabla 20. Estadísticos pacientes remitidos a imagenologia (diario)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	Mediana	Moda
PACIENTES IMAGENOLOGIA (diario)	184	1	8	2,19	1,483	2	1

Calificación de la confiabilidad de los resultados de laboratorio, ayudas diagnósticas e imagenología

El 81% de los médicos entrevistados (n=149) calificaron de buena la confiabilidad de lo resultados de laboratorio, ayudas diagnósticas e imagenología, el 9.2% (n= 17 médicos) la calificaron de excelente y regular en igual proporción. Ver tabla 21

Tabla 21. Resultados de laboratorio

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	17	9,2
BUENA	149	81,0
REGULAR	17	9,2
NO INFORMO	1	,5
TOTAL	184	100

Promedio semanal pacientes remitidos a especialista

Los médicos entrevistados respondieron que en promedio semanal remiten entre cinco (5) y veinte (20) pacientes a especialista, con mediana de diez (10) pacientes semanal, moda de doce (12) pacientes semanal y promedio de trece (13) pacientes semanal y desviación 4,5 pacientes semanal. Ver tabla 22

Tabla 22. Estadísticos pacientes atendidos por especialista (semanal)

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN	MEDIANA	MODA
PACIENTES ESPECIALISTA (SEMANAL)	177	5	20	13,25	4,521	10	12

Percepción de la capacidad resolutive de los especialistas adscritos

El 79.3% de los médicos entrevistados (n=46) calificaron de buena la percepción que poseen de la capacidad resolutive de los especialistas adscritos a la IPS, el 13.6% (n=25 médicos) la calificaron de excelente y el 7.1% (n=13 médicos) la calificaron de regular. Ver tabla 23

Tabla 23. Percepción especialista

Percepción	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	25	13,6
BUENA	146	79,3
REGULAR	13	7,1
TOTAL	184	100

Satisfacción manifiesta de los pacientes con los servicios médicos de II y III nivel de atención

El 66.8% de los médicos entrevistados (n=123) afirmaron de los pacientes manifiestan satisfacción con los servicios médicos de II y III nivel, el 29.3% (n= 54 médicos) afirmaron que los pacientes manifiestan mediana satisfacción con los servicios médicos de II y III nivel. Ver tabla 24

Tabla 24 Satisfacción del paciente

Satisfacción		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	MUY SATISFECHO	3	1,6
	SATISFECHO	123	66,8
	MEDIANAMENTE	54	29,3
	NADA SATISFECHO	3	1,6
	NO SABE	1	,5
TOTAL		184	100

Porcentaje pacientes de tratamiento de alto costo de la consulta mensual

Los médicos entrevistados respondieron que en promedio el cinco por ciento (5%) de los pacientes de consulta mensual son de alto costo, con una desviación de 13.6% pacientes mes, con mediana y moda de 1% de los pacientes de consulta mensual. Ver tabla 25

Tabla 25. Estadísticos % pacientes alto costo (consulta mensual)

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN	MEDIANA	MODA
% PACIENTES ALTO COSTO (CONSULTA MENSUAL)	181	1	90	5,14	13,599	1	1

Tiempo promedio (días) transcurrido entre el diagnóstico y la realización del procedimiento quirúrgico

Los médicos entrevistados respondieron que entre ocho (8) y 180 días es el tiempo promedio en transcurrido entre el diagnóstico y la realización del

procedimiento quirúrgico, con promedio de 73,6 días y desviación de 41 días, mediana y moda de noventa (90) días. Ver tabla 26

Tabla 26. Estadísticos tiempo transcurrido para realizar la cirugía (días)

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN	MEDIANA	MODA
TIEMPO cirugía (días)	141	8	180	73,65	41,063	90	90

Satisfacción laboral en la IPS

El 54.9% de los médicos entrevistados (n=101 médicos) respondieron estar satisfechos con el trabajo que realizan en la IPS con la cual están vinculados, el 40.2% (n= 74 médicos) respondieron estar medianamente satisfechos. Ver tabla 27

Tabla 27. Satisfacción con el trabajo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY SATISFECHO	7	3,8
SATISFECHO	101	54,9
MEDIANAMENTE	74	40,2
NADA SATISFECHO	2	1,1
TOTAL	184	100

Obligación del patrono a realizar un procedimiento o actividad en contra de su ética profesional

La totalidad de médicos entrevistados afirmaron que en ninguna ocasión los ha obligado el patrono a realizar un procedimiento o actividad que vaya en contra de su ética profesional.

Turnos nocturnos

Ninguno de los 184 médicos entrevistados realiza turnos nocturnos en la IPS en la cual labora. Ver tabla 28

Tabla 28. Turnos nocturnos

Turnos nocturnos		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	NO	177	96,2
	No respondió	7	3,8
TOTAL		184	100

Nivel de ingreso salarial mensual

El 60% de los médicos entrevistados (n=110) devenga en la IPS con la cual está vinculado un ingreso mensual entre \$1.300.000 y \$2.170.000 por los servicios profesionales de medicina general y el 40% (n= 73 médicos) devengan más de \$2.170.000 mensuales. Ver tabla 29

Tabla 29. Ingresos del medico entrevistado

Nivel de ingresos		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	\$1.300.000 a \$2.170.000	110	59,8
	+ de \$2.170.000	73	39,7
	No respondió	1	,5
TOTAL		184	100

Faltantes de medicamentos.

Se realizó una prueba piloto de treinta (30) entrevistas con afiliados a las instituciones de la muestra: Saludcoop-EPS, Cafesalud-EPS y Cruz Blanca-EPS, atendidos en consulta en los centros de atención, los días sábado 21 y 28 de julio de 2007, registrando el numero de medicamentos prescritos por el médico tratante y el número de medicamentos faltantes (no despachados al

paciente), con el siguiente resultado: De treinta (30) pacientes con prescripción entre dos (2) y cinco (5) medicamentos, se ordenaron un total de 101 medicamentos para un promedio de tres (3) medicamentos por paciente, registrándose 19 medicamento faltantes, equivalente al 19% de faltantes con respecto al total de medicamentos prescritos, y una moda de un medicamento faltante por paciente y desviación estándar de 0,7 medicamentos faltantes por persona. Ver tabla 30 y 31

Tabla 30. Estimación de medicamentos faltantes

ESTADÍSTICO	Medicamentos prescritos	FALTANTES
muestra	30	30
mínimo	2	0
máximo	5	2
suma	101	19
promedio	3,4	0,6
mediana	3	1
moda	3	0
desviación	1,1	0,7
% FALTANTE		0,19

Tabla 31. Registro de datos de faltante de medicamentos

FECHA	NOMBRE	No. De MEDICAMENTOS ORDENADOS	No. De MEDICAMENTOS FALTANTES
21/07/2007	N. RIOS	4	1
21/07/2007	M. AGUIRRE	2	1
21/07/2007	C. I PINZON	3	0
21/07/2007	J. HURTADO	5	0
21/07/2007	S. HURTADO	5	2
21/07/2007	C. DIMATE	3	1
21/07/2007	P. MANTILLA	3	1
21/07/2007	N. VILLEGAS	3	1
21/07/2007	L. ANGULO	2	0
21/07/2007	A. GOMEZ	2	0
21/07/2007	F. MARIN	2	0
21/07/2007	L. MONROY	2	0
21/07/2007	Y. DIAZ	3	0
21/07/2007	I. ALVAREZ	4	0
21/07/2007	J. RINCON	5	1
21/07/2007	E- ALONSO	5	1
28/07/2007	B. VEGA	4	1

28/07/2007	J. OVALLE	4	2
28/07/2007	S. SANCHEZ	3	1
28/07/2007	L. ACOSTA	3	1
28/07/2007	C. CORONADO	2	0
28/07/2007	M. AGUILAR	4	0
28/07/2007	A. FERRO	5	1
28/07/2007	C. PEÑA	3	0
28/07/2007	J. VELZ	3	0
28/07/2007	L. CASTILLO	2	0
28/07/2007	C. MENDEZ	3	1
28/07/2007	N. MENDEZ	3	1
28/07/2007	M. ALFARO	4	0
28/07/2007	A. BELLO	5	2

Oportunidad de acceso a citas medicas medicina general

Se realizó una prueba piloto de treinta (30) llamadas telefónicas realizadas a los centros de asignación de citas medicas de las entidades: Saludcoop-EPS, Cafesalud-EPS, Cruz Blanca-EPS, Sanitas-EPS, Susalud-EPS, Compensar-EPS, Colmedica-EPS, Famisanar-EPS, Humana Vivir-EPS, Coomeva-EPS, por parte de los afiliados a estas entidades, el día jueves 26 de febrero de 2007 a las 07:00 horas, registrando la fecha de asignación de la cita médica (día/mes/año) y la hora de asignación de la cita médica, para estimar el tiempo de espera “DEMORA” (en días, horas y minutos) que debe esperar el afiliado, entre la fecha-hora de solicitud y la fecha-hora de asignación, con el siguiente resultado: De treinta (30) llamadas telefónicas de afiliados a los centros de asignación de citas médicas, se registró una espera promedio por afiliado de 7 días, 9 horas y 28 minutos, y una espera mediana por afiliado de 3 días, 10 horas y 30 minutos, con desviación por afiliado de 9 días, 6 horas y 11 minutos. Ver tabla 32

Tabla 32. Registro Oportunidad de acceso a citas medicas medicina general

NO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	EPS	FECHA ASIGNACIÓN	HORA ASIGNACIÓN	DÍAS	HORAS	MINUTOS
1	E. ALONSO	52342571	CRUZ BLANCA	27/02/2007	06:15:00 p.m.	1	11	15
2	G. TORRES	52397243	SALUDCOOP	01/03/2007	05:40:00 p.m.	3	10	40
3	M. MOYA	80812918	SALUDCOOP	02/03/2007	06:20:00 p.m.	4	11	20
4	M. ALFARO	52005231	SANITAS	01/03/2007	09:15:00 a.m.	3	2	15
5	C. MENDEZ	79976216	CRUZ BLANCA	01/03/2007	06:40:00 p.m.	3	11	40
6	A. CUBILLOS	52263738	SUSALUD	28/03/2007	09:30:00 a.m.	30	2	30
7	N. VILLEGAS	80240281	SANITAS	27/02/2007	10:20:00 a.m.	1	3	20
8	A. GOMEZ	39682200	SANITAS	27/02/2007	05:00:00 p.m.	1	10	
9	P. MANTILLA	52116978	COMPENSAR	27/03/2007	07:00:00 a.m.	29		
10	L. ANGULO	52712090	SANITAS	09/03/2007	07:00:00 a.m.	11		
11	L. MONROY	52838838	COMPENSAR	28/03/2007	05:30:00 p.m.	30	10	30
12	B. ROSERO	52371830	COMPENSAR	27/02/2007	07:00:00 a.m.	1		
13	J. DIAZ	52932997	CAFESALUD	27/02/2007	06:40:00 p.m.	1	11	40
14	J. RINCON	79694687	COLMEDICA	26/02/2007	05:00:00 p.m.	0	10	
15	G. PINZON	24023248	CRUZ BLANCA	27/02/2007	06:40:00 a.m.		23	40
16	M. AGUILAR	24022893	FAMISANAR	21/03/2007	07:00:00 a.m.	23		
17	GEL. PINZON	79987094	SALUDCOOP	03/03/2007	07:15:00 a.m.	5	12	15
18	C. PINZON	24023401	SANITAS	03/03/2007	09:10:00 a.m.	5	2	10
19	D. PINZON	80795502	COMPENSAR	06/03/2007	07:00:00 a.m.	8		
20	J. MOREO	52190930	HUMANA VIVIR	05/03/2007	09:15:00 a.m.	7	2	15
21	A. FERRO	52364520	SALUDCOOP	02/03/2007	05:30:00 p.m.	4	10	30
22	A. PINZON	24623390	CRUZ BLANCA	28/02/2007	07:20:00 a.m.	2	12	20
23	Y. RIOS	52739741	COOMEVA	01/03/2007	10:20:00 a.m.	3	3	20
24	M. AGUIRRE	107649019	COOMEVA	01/03/2007	10:40:00 a.m.	3	3	40
25	G. AGUILAR	41598750	CRUZ BLANCA	28/02/2007	06:40:00 a.m.	2	23	40
26	A. PINZON	4169595	CRUZ BLANCA	28/02/2007	07:00:00 a.m.	2		
27	C. CORONADO	79859325	CAFESALUD	28/02/2007	06:40:00 p.m.	2	11	40
28	A. AGUILAR	24022463	SALUDCOOP	01/03/2007	10:20:00 a.m.	3	3	20
29	W. AGUILAR	300385013	SALUDCOOP	01/03/2007	10:40:00 a.m.	3	3	40
30	N. RIOS	5294626	FAMISANAR	12/03/2007	07:00:00 a.m.	14		

3.3.6 Estimación económica del riesgo moral en salud.

La variable endógena (satisfacción de los pacientes con los servicios médicos de I nivel), explicada a través de la variable exógena (tiempo mínimo duración en minutos de la consulta médica de un paciente), mediante un modelo de ajuste de potencia.

$$\text{Satisfacción del paciente } Y_t = \beta_0 \text{ Tiempo mínimo duración consulta } X_t^{\beta_1} e^{\mu_t}$$

$$Y_t = \beta_0 X_t^{\beta_1} e^{\mu_t}$$

Como se pretende calcular la elasticidad⁷ satisfacción –tiempo mínimo tomamos logaritmos naturales a ambos lados.

Para efectos de mayor facilidad, las variables se expresaran en logaritmos naturales, de ahí que el modelo estará representado en forma lineal

$$\ln Y_t = \ln \beta_0 + \beta_1 \ln (X_t) + \mu_t$$

Donde:

Y_t satisfacción de los pacientes con los servicios médicos de I nivel (B14)

X_t tiempo mínimo duración (minutos) consulta médica de un paciente (B6)

β_0 es la elasticidad natural de satisfacción de los pacientes con los servicios médicos de I nivel (punto de corte de la ordenada-satisfacción en el origen- sin considerar el tiempo mínimo de duración consulta medica de un paciente

⁷ Una característica importante del modelo log-log, que lo ha hecho muy popular en trabajos empíricos, es que el coeficiente de la pendiente β , mide la elasticidad de Y con respecto a X, (Gujarati, 2003:170), para efectos de la investigación mediría la elasticidad satisfacción-consulta

β_1 es la elasticidad de satisfacción de los pacientes con los servicios médicos de I nivel, por una unidad de variación en el tiempo mínimo duración (minutos) de la consulta médica de un paciente.

β_1 = la pendiente ($[(\partial Y_t / \partial X_t) = \beta_1$ o elasticidad (satisfacción-tiempo mínimo consulta)

μ_t , son los errores estimados.

Mediante procesamiento electrónico de datos del software Statistical Pocket for Social Science (SPSS) se obtiene:

Modelo estimado:

$$\ln Y_t = 4,733 - 0,222 \ln (X_t)$$

$$P < 0.05 \quad P < 0.06$$

$$Y_t = 114 X^{-0.222}$$

ee	(1,812)	(0,115)
z	2,613.	-1,940

$$F = 3,764 \quad P < 0.06$$

Elasticidades estimadas β_0 y β_1 estadísticamente significativos, por tanto,

$$\ln \beta_0 = 4,733$$

$$\beta_1 = -0,222$$

$$\text{Satisfacción del paciente}_t = 114 \text{ Tiempo mínimo duración consulta}_t^{-0.222}$$

$$\mu_t$$

Los resultados permiten interpretar que al disminuir en una unidad de tiempo (minutos) el tiempo mínimo duración de la consulta médica de un paciente, la satisfacción de los pacientes con los servicios médicos de I nivel se disminuye en $\beta_1 = -0,222$.

se concluye si *ceteris paribus* que la satisfacción natural de los pacientes con los servicios médicos de I nivel (sin considerar el tiempo mínimo (minutos) de duración de la consulta médica de un paciente) es $\ln \beta_0 = 4,733$, es decir, si se mantiene constante el tiempo mínimo (minutos) de duración de la consulta médica de un paciente, la satisfacción de los pacientes con los servicios médicos de I nivel será 114, lo cual muestra el impacto que tiene la relación satisfacción del paciente - tiempo mínimo de consulta medica

$$\ln Y_t = 4,733 - 0,222 \ln (X_t)$$

De otra parte, la elasticidad (satisfacción del paciente - tiempo mínimo consulta medica) es de carácter inelástica ($|\eta| < 1$). Estableciéndose, que las variaciones en la satisfacción de los pacientes con los servicios médicos de I nivel son relativamente insensibles a las variaciones del tiempo mínimo consulta medica. Es decir, si *ceteris paribus*, al disminuir en 1 unidad de tiempo (minutos) el tiempo mínimo de duración de la consulta medica, la disminución esperada en la satisfacción de los pacientes con los servicios médicos de I nivel del régimen contributivo de salud sería de - 0,222%, existiendo una relación de 1: -0.222

CONCLUSIONES

El funcionamiento del Sistema de Salud en Colombia es un tema que preocupa a muchas personas, en el transcurso del tiempo ha venido evolucionando gracias a la intervención del gobierno pero aún no es suficiente ya que existen muchas falencias que no permiten la excelencia en la prestación de este servicio.

Las reformas que ha tenido el Sistema de Salud colombiano en las últimas décadas a partir de la descentralización han llevado a una transformación en la administración y prestación de los servicios buscando mayor cobertura y mejoramiento en la calidad del servicio.

La salud es considerada como un indicador de política social con metas de bienestar que muestran el nivel de desarrollo de un país, para el caso colombiano este indicador aun carece de importancia en la práctica ya que la calidad en la prestación de los servicios de salud es deficiente de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo y a las estadísticas reportadas por el Ministerio de Salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el desarrollo de este trabajo se encontró que no existe una implementación de acciones concretas para garantizar una atención oportuna y con calidad, lo que significa que no se están dando pasos firmes hacia la excelencia en la prestación de servicios de salud, objetivo final del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS).

Se concluye si *ceteris paribus* que la satisfacción natural de los pacientes con los servicios médicos de I nivel (sin considerar el tiempo mínimo (minutos) de duración de la consulta médica de un paciente) es $Ln \beta_0 = 4,733$, es decir, si se mantiene constante el tiempo mínimo (minutos) de duración de la consulta médica de un paciente, la satisfacción de los pacientes con los servicios médicos de I nivel será 114, lo cual muestra el impacto que tiene la relación satisfacción del paciente - tiempo mínimo de consulta medica.

En el estudio se encontró que el registró de espera para cita medica promedio por afiliado es de 7 días, 9 horas y 28 minutos, y una espera mediana por afiliado de 3 días, 10 horas y 30 minutos, con desviación por afiliado de 9 días, 6 horas y 11 minutos, esto evidencia un hallazgo de riesgo moral en cuanto al tiempo como barrera de acceso al servicio.

Así mismo con respecto al tiempo promedio (días) transcurrido entre el diagnóstico y la realización del procedimiento quirúrgico se hallo que los médicos entrevistados respondieron que entre ocho (8) y 180 días es el tiempo promedio transcurrido entre el diagnóstico y la realización del procedimiento quirúrgico, con promedio de 73,6 días y desviación de 41 días, mediana y moda de noventa (90) días, lo cual permite deducir la existencia de riesgo moral, teniendo en cuenta que una vez mas el tiempo es una barrera de acceso al servicio.

Además de esto se determina que el faltante de medicamentos es otra barrera de acceso al servicio, lo cual se puede observar en los resultados que se obtuvieron ya que de treinta (30) pacientes con prescripción entre dos (2) y cinco (5) medicamentos, se ordenaron un total de 101 medicamentos

para un promedio de tres (3) medicamentos por paciente, registrándose 19 medicamento faltantes, equivalente al 19% de faltantes con respecto al total de medicamentos prescritos, y una moda de un medicamento faltante por paciente y desviación estándar de 0,7 medicamentos faltantes por persona, por tal motivo se evidencia la presencia de riesgo moral.

BIBLIOGRAFIA

- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economics Review* 53, 941-971.
- Arrow, K. (1985). The economics of agency. In *Principals and Agents: The Structure of Business*, ed. J. Pratt and R. Zeckhauser, Boston: Harvard Business School Press, 37-51.
- Cam, Donaldson; Miranda, Mugford y Luke, Vale (2004): *Economía de la salud basada en la evidencia – De la efectividad a la eficiencia en las revisiones sistemáticas*. Legis S.A. , Bogotá, D.C.
- Castaño, Ramón (2000): *Medicina, ética y reformas a la salud – Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica*, 2° Edición .Ecoe editores, Bogotá D.C.
- Colombia, Leyes (1999): *Constitución Política de Colombia* (de 1991) (10° reimpresión) Bogotá, D.C., ECOE Ediciones.
- Eatwell, John; Milgate, Murray and Newman, Peter. (1998). *The New Palgrave a Dictionary of Economics*. Volume 3.
- Frenk, Julio (2000): *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, 2ª Edición. Fondo de Cultura Económica, México D.F
- Hsiao, William (1995): *Innovaciones de los sistemas de salud “una perspectiva internacional*. Editorial médica panamericana, México, D.F.
- Katz, Jorge; Miranda, Ernesto (1994). Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación. *Revista de la CEPAL* 54, 7-25
- Meza, Carlos e Isaza, Jairo (2004). “Tendencias recientes y perspectivas de la cobertura en el régimen contributivo de salud en Colombia”, en: *Colección investigaciones en curso* No7, Área de ciencias Económicas, Administrativas y Contables, Bogotá, D.C., Universidad de la Salle.
- Meza, Carlos: Isaza, Jairo (2005): “Crecimiento Económico, Empleo Formal y Acceso al Servicio de Salud: algunos escenarios de corto y largo plazo de la cobertura en Salud para Colombia”. *Archivos de Economía* No.288 Bogotá, Departamento Nacional de Planeación.

- Meza, Carlos: Isaza Jairo (2005): Análisis comparativo y evolución de los indicadores de acceso e impacto de los Sistemas de Seguridad Salud en América Latina durante la década de 90. Grupo de Investigaciones de Economía Laboral Seguridad Social, Universidad de La Salle-Bogotá Diciembre.
- Meza, Carlos Arturo (2006). Las reformas estructurales de los años 90 en America Latina y sus efectos en el servicio de salud y la calidad de vida. *Equidad y Desarrollo* 5, 47-60.
- Miller, Roger Leroy: Meiners, Roger E. (1990): Microeconomía. Tercera edición. México. McGRAW-HILL.
- Ley de Seguridad Social, (Ley 100 de 1993) Bogotá, D.C. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Sánchez Rodríguez, Héctor (1995): *Innovaciones de los sistemas de salud "una perspectiva internacional*. Editorial médica panamericana, México, D.F.
- Restrepo, Jairo (2003): ¿"Qué enseña la reforma colombiana de los mercados de salud? ". Gerencia Salud. (Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art488.htm> Acceso: Noviembre 05,2005)
- Restrepo, Jairo; Salazar, Verónica (2002). "El seguro obligatorio de salud en Colombia: evolución y determinantes de la cobertura". *Coyuntura Social*, No. 26. Mayo. 121-149. Bogotá.
- Restrepo, Jairo; Rodríguez, Sandra (2004). "Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia". No 11. Grupo de Economía de la Salud, Universidad de Antioquia – Medellín Marzo.
- Saludcoop (2004): Manual interno de capacitación Sistema General de Seguridad Social en Salud. Módulo I/2004, Bogotá D.C., Saludcoop EPS.
- Stiglitz Joseph (2002). La economía del sector público. Tercera edición. España. Antoni Bosch editores.
- Varian Hal (2003). Microeconomía intermedia- un enfoque actual, cuarta edición. España Antoni Bosch editores.

Zweifel, Meter and Manning, Willard. (2000). Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care. *Handbook of Health Economics*. Volume 1, Edited by A.J. Culyer and J.P. Newhouse, 409-454.

Pàginas consultadas en internet:

www.fosyga.gov.co/compensacion/estadisticas_afiliados/2007/reporte

Consultada el día 15 de septiembre 1:00 pm

www.minproteccionsocial.gov.co

www.supersalud.gov.co

www.paho.org

www.eclac.org

www.dane.gov.co

www.dnp.gov.co

www.profamilia.org.co

www.udea.edu.co

www.who.int

ANEXO: Instrumento (Encuesta) Riesgo Moral en Salud

Universidad de la Salle Facultad de Economía

El objetivo de esta encuesta es analizar los diferentes aspectos y características relacionadas con la calidad en la prestación de los servicios médicos que conllevan a demostrar la existencia de riesgo moral en salud desde el punto de vista del médico de primer nivel de atención, por lo cual su entidad ha sido seleccionada para participar en el estudio. Los datos aquí consignados serán tenidos en estricta reserva de confidenciales y tan solo serán utilizados para estimar los agregados a nivel distrital. En ningún momento se presentara información específica de una institución de la muestra.

MODULO A: IDENTIFICACIÓN.

A1. Fecha de realización de la encuesta (día/mes/año) / ____/____/____

A2. Nombre de la IPS _____ **A3** Zonal _____

A4 Dirección de la IPS _____

A5 Teléfono de la IPS _____

A6 Nombre del entrevistado _____

MODULO B: PERFIL LABORAL DEL ENTREVISTADO

B1 Cuantos años ha acumulado de experiencia profesional en medicina general?

/_1_/ menos de 2 años /_2_/ de 2 a 5 años /_3_/ de 5 a 10 años /_4_/ más de 10 años

B2 Que tipo de contrato tiene con la IPS?

/_1_/ contrato término Indefinido

/_2_/ contrato término fijo

/_3_/ contrato de prestación de servicios

/_4_/ contrato por horas..... Cuantas _____

/_5_/ otro tipo de contrato..... Cual _____

B3 Cuantas horas labora al día? _____

B4 Cuantos pacientes en promedio atiende en su turno diario ? _____

B5 Cuanto es el tiempo máximo de duración (en minutos) de la consulta médica en un paciente regular, estipulado por la IPS? _____

B6 En su opinión cuanto debe ser el tiempo mínimo de duración (en minutos) de la consulta médica de un paciente? _____

B7 Enuncie las razones por las cuales considera este tiempo mínimo para una adecuada consulta médica _____

B8 Considera que los medicamentos suministrados por la EPS a sus pacientes, responden satisfactoriamente al tratamiento indicado.

/_1_/ muy satisfactoriamente

/_2_/ satisfactoriamente

/_3_/ medianamente satisfactoria

/_4_/ nada satisfactoria

/_5_/ NS/NR

B9 Cuantos pacientes en promedio diario remite a exámenes de laboratorio? _____

B10 Cuantos pacientes en promedio diario remite a exámenes de diagnostico por Imaginología? _____

B11 Como califica usted la confiabilidad los resultados de laboratorios, ayudas diagnosticas e imaginología del laboratorio de referencia de la EPS?

/_1_/ Excelente /_2_/ Buena /_3_/ Regular /_4_/ Mala /_5_/ NS/NR

B12 Cuantos pacientes en promedio semanal remite al especialista? _____

B13 Qué percepción tiene de la capacidad resolutive de los especialistas adscritos, de acuerdo a los pacientes que remite?

/_1_/ Excelente /_2_/ Buena /_3_/ Regular /_4_/ Mala /_5_/ NS/NR

B14 ¿Qué tipo de satisfacción manifiestan los pacientes con los servicios médicos de II y III nivel ?

/_1_/ muy satisfecho /_2_/ satisfecho /_3_/ medianamente satisfecho /_4_/ nada satisfecho /_5_/ NS/NR

B15 De los pacientes atendidos en su consulta mensual que porcentaje corresponden a tratamientos de alto costo? ___ %

B16 Cual es el tiempo promedio que transcurre entre el diagnostico y la realización del procedimiento quirúrgico (en días)? _____

B17 Que tan satisfecho se encuentra en el trabajo que realiza en esta IPS?

/_1_/ muy satisfecho /_2_/ satisfecho /_3_/ medianamente satisfecho /_4_/ nada satisfecho /_5_/ NS/NR

B18 En alguna ocasión lo ha obligado su patrono a realizar un procedimiento o actividad que vaya en contra de su ética profesional

/_1_/ No /_2_/ Si..... que tipo de situación fue _____

B19 Realiza turnos nocturnos?

/_1_/ No /_2_/ Si... **B4.1**¿cuántos a la semana?____ **B4.2** de cuantas horas? _____

B20 En cual grupo está ubicado su nivel de ingresos mensuales devengados en esta IPS por servicios profesionales de medicina general?

/_1_/ Entre \$ 860.000 y \$1.300.000 /_2_/ Entre \$ 1.301.000 y \$2.170.000 /_/ Más de \$2.170.000

ANEXOS: Salidas del Software (OUTPUT OUT SOFTWARE).

Coefficientes

	Coefficients no estandarizados		Coefficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
ln(B6)	-,222	,115	-,143	-1,940	,054
(Constante)	4,733	1,812		2,613	,010

La variable dependiente es ln(B14).

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	,186	1	,186	3,764	,054
Residual	8,955	181	,049		
Total	9,141	182			

La variable independiente es B6.

Resumen del modelo

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,143	,020	,015	,222

La variable independiente es B6.