

**GASTO DE BOLSILLO EN SALUD ORAL EN UN GRUPO DE USUARIOS
DEL REGIMEN SUBSIDIADO. Manizales 2012**

**Investigadora
Paula Tatiana González Pérez**

**Director de tesis
Doctora Dora Cardona Rivas**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRIA SALUD PÚBLICA, MSP I
MANIZALES**

CONTENIDOS

	Pág.
1. Título.....	4
2. Resumen.....	4
3. Área problemática.....	5
4. Problema.....	8
5. Objetivos.....	8
5.1. Objetivo General.....	8
5.2. Objetivo específicos.....	8
6. Justificación.....	9
7. Referente teórico.....	10
7.1. Gasto de bolsillo en salud.....	11
7.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	12
7.2.1 Régimen Subsidiado.....	13
8. Variables.....	13
9. Estrategia metodológica.....	16
9.1 enfoque.....	16
9.1.1 Tipo de estudio.....	17
9.2. Población y muestra.....	17
9.2.1. Población y muestra	17
9.2.2. Criterios de inclusión.....	17
9.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	17
9.4. Procedimiento para la recolección de información.....	18
10. Plan de análisis.....	19
11. Resultados.....	19
11.1 Análisis descriptivo.....	19
11.2. Análisis bivariado.....	25
11.3. Modelo del gasto en salud oral.....	28
11.4. Estimación del modelo.....	28
12. Discusión.	31
13. Conclusiones.....	34

14. Recomendaciones.....	35
15. Referencias bibliográficas.....	36
16. ANEXOS.....	39

1. TITULO: GASTO DE BOLSILLO EN SALUD ORAL DE UN GRUPO DE USUARIOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO. Manizales 2012

RESUMEN

Introducción. El gasto de bolsillo afecta el ingreso familiar y el acceso a los servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) en Colombia.

Objetivo: Estimar el gasto de bolsillo en salud oral y su relación con el ingreso familiar mensual, el sexo y el estrato socioeconómico de un grupo de personas pertenecientes al Plan Obligatorio de Salud subsidiado (POS-S) de la ciudad de Manizales 2012.

Métodos: Estudio descriptivo sobre una muestra intencional de 254 pacientes de la ESE Asbasalud que asistieron a consulta odontológica en tres meses (2012). Los datos fueron recolectados por medio de encuesta y una hoja de registro, tabulados y procesados en el paquete estadístico SPSS 20.0 para estimar el modelo econométrico con las variables gasto e ingreso familiar mensual.

Resultados: el gasto de bolsillo en salud oral es de 71 pesos por cada mil ganados. El porcentaje de gasto de bolsillo en salud oral es de 8,8%; este gasto involucra pagos de consulta al especialista, transporte y elementos para mantener la salud oral. Los hombres gastan más en salud oral que las mujeres y los pacientes del estrato 3 muestran un mayor gasto de bolsillo en salud oral.

Conclusiones: el gasto de bolsillo en salud oral, solo, no alcanza la proporción requerida para ser considerado catastrófico. No obstante, el porcentaje de gasto de bolsillo más alto está representado por la consulta al especialista y transporte. Esto se debe a que el POS-S salud oral del SGSS no cubre las necesidades de tratamiento de los pacientes.

Palabras clave: gasto de bolsillo, salud oral, sistema de salud, ingreso familiar mensual, plan obligatorio de salud subsidiado.

Pocket Spending on Oral Health By the City of Manizales' Population 2012

ABSTRACT

Objective: To estimate out-of-pocket expenses on oral health and its relationship to monthly family income, sex and socioeconomic status of a group of people who belong to the Subsidized Health Plan of Manizales 2012.

Methods: Descriptive study of a purposive sample of 254 patients attending the ESE Asbasalud dental appointments for three months (2012). Data was collected through a survey and a record form; then, it was tabulated and processed with SPSS 20.0 to estimate the econometric model with the variables monthly household expenditures and income.

Results: Out-of-pocket spending on oral health is 71 pesos per each 1000 pesos earned. The percentage of spending on oral health is 8,8%, represented by specialist consultation payments, transportation and elements for maintaining oral health. Men spend more on oral health than women, and stratum 3 patients show higher out-of-pocket spending on oral health.

Conclusions: Out-of-pocket spending on oral health alone does not reach the ratio required to be considered catastrophic. However, the highest consumer spending percentage is represented by specialist consultation and transportation. This shows that the oral health program of the Social Security System does not cover the treatment needs of patients.

Key words: Pocket Spending, Oral Health, Health System, Health services, Incomes.

3. AREA PROBLEMÁTICA

Los bienes y servicios de salud, tienen tres fuentes principales de financiamiento, que varían de un país a otro conforme a la estructura de cada sistema de salud: impuestos generales y específicos, contribuciones a la seguridad social recaudadas mediante impuestos sobre la nómina y por último los pagos privados que realizan los hogares para adquirir servicios o bienes del sector salud (1).

A este aspecto Xu et al (2) aseguran que “cada año alrededor de 44 millones de hogares en el mundo enfrentan gastos de salud considerados catastróficos”, y cada vez más son las investigaciones que se hacen sobre los pagos directos que hacen los miembros del hogar destinados a salud. Estos pagos directos son llamados gasto de bolsillo en salud (GBS) los cuales pueden surgir de una no afiliación al sistema general de salud o de la pobre cobertura del mismo, desconocimiento o barreras geográficas que favorece el empobrecimiento en los hogares, exceptuando la afiliación todos estos factores influyeron en el gasto de bolsillo en el grupo de usuarios estudiados . Una de las investigaciones más amplias sobre este tema se realizó en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay (Peticara 2008). En ella se refiere que en Argentina, un país con una cobertura de seguro social de salud relativamente extendida, los hogares deben desembolsar grandes sumas (en relación a su capacidad de pago) de gastos de bolsillo. El 10% de la población con mayor gasto tiene erogaciones que

superan el 20% de su capacidad de pago total, valor muy superior a los de Chile y Ecuador, que son 10% y 7.5% respectivamente. En Uruguay, los hogares realizan GBS relativamente moderados, pero tienen gastos de bolsillo relativamente importantes por seguros médicos. En los siete países, tres características elevan la incidencia de los gastos de bolsillo: jefe de hogar mayor a 65 años, eventos hospitalarios y presencia de adultos mayores (3). Los gastos catastróficos en su mayoría están asociados a eventos hospitalarios. Por otro lado en estudio realizado en 5 países de América Latina (castro 2012) muestra como el empobrecimiento de los hogares derivado del alto gasto en salud es normalmente asociado a gastos por problemas catastróficos en salud, en Brasil y en México es del 0.5 %, en Chile es de 0.8 % y en Colombia es de 1.0%, lo que muestra inequidades mayores en el sistema de seguridad social. En contraste, Costa Rica no tiene éste riesgo pues el sistema atiende el 100% de los eventos catastróficos en salud. (4)

En Colombia, varios estudios reconocen efectos positivos derivados de la cobertura brindada por el aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social, pero al mismo tiempo, se plantea una preocupación sobre la presión que tienen los hogares de menores ingresos, en los que se mantiene la inequidad y por lo tanto un gasto de bolsillo en salud. Sobre este punto en el documento Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina se menciona que el gasto de bolsillo 2012 se ha considerado como un indicador de las profundas desigualdades sociales y económicas de países de Latinoamérica. Con mayores detalles se le asocia a múltiples aspectos: falta de adhesión a los seguros, insuficientes coberturas en salud, falta de integralidad en los planes de beneficios, entre otros. Un gasto alto de bolsillo en salud suele ser reflejo de la presencia de adultos mayores en el hogar, así como de gastos catastróficos asociados a las hospitalizaciones (5).

Adicionalmente este mismo estudio (salud y seguridad social 2012) permite establecer que el gasto de bolsillo en salud en Colombia; se vea afectado por la

adquisición de medicamentos, cuyos precios son elevados, lo que a su vez afecta a la población de menores recursos, que en general pertenecen al régimen subsidiado, son vinculados o no cuentan con protección en el sistema de salud. Enfatiza también que Colombia es el país con mayor desigualdad en términos de ingresos (coeficiente de Gini) además de tener el gasto en salud por habitante más reducido (6). Lo anterior también incide en el alto valor que Colombia tiene en gasto de bolsillo, agravado por el desproporcionado costo de los medicamentos, cuyos precios, prácticamente no controlados, superan significativamente a los de los demás países del estudio como México, Brasil Chile y Costa Rica, al punto que muchos estudios señalan a Colombia como el país más costoso del mundo en tal aspecto. (Health Action International). (7)

Los estudios encontrados sobre gastos de bolsillo, tanto a nivel de América Latina, el Caribe, como en Colombia, muestran resultados respecto a la salud en general pero no existe documentación suficiente que sustente el gasto de bolsillo que produce la salud oral en los hogares: La salud oral cobra cada vez mayor relevancia reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por estudios realizados a nivel nacional sobre morbilidad bucodental que demuestran que la caries dental y las enfermedades periodontales han sido las patologías de mayor prevalencia en el país (8), estos mismos datos coinciden con el perfil de salud bucodental en el municipio de Manizales en donde estas mismas patologías siguen afectando la población, y aunque la historia de caries a nivel mundial en los países desarrollados ha mostrado una tendencia a la reducción, en el país, sigue siendo la patología oral más prevalente (9). Por esto el presente estudio pretende explicar el gasto de bolsillo de salud oral (GBSO) financiado con desembolsos directos de los miembros del hogar, en un grupo de personas del régimen subsidiado que asistió a la consulta odontológica en los meses septiembre octubre y noviembre en los centros de salud de E.S.E Assbasalud del Bosque y Universidad Autónoma de Manizales. Manizales 2012

4. PROBLEMA:

¿Cuál es el gasto de bolsillo en salud oral de un grupo de pacientes pertenecientes al régimen subsidiado de la ciudad de Manizales 2012?

5. OBJETIVOS:

5.1 Objetivo General:

Determinar el gasto de bolsillo en salud oral de un grupo de pacientes pertenecientes al Régimen subsidiado de Manizales 2012

1.2 Objetivo específicos:

- Describir las condiciones socioeconómicas, sociodemográficas y el diagnóstico de salud bucal de un grupo de pacientes que consulta en dos centros de atención del régimen subsidiado.
- Calcular el gasto de bolsillo en salud oral de un grupo de pacientes que consulta a los servicios de salud bucal en dos centros de atención del régimen subsidiado.
- Calcular la propensión al gasto en salud oral del grupo de pacientes objeto de estudio.

6. JUSTIFICACIÓN

La salud oral es la condición fundamental para el bienestar y la calidad de vida de las personas, ya que incide en diferentes procesos, tanto biológicos como sociales: la alimentación, la socialización, la comunicación, el desarrollo del lenguaje, la expresión de los afectos humanos, siempre en juego en todas las etapas del desarrollo humano (10). Sin embargo durante todo el proceso del desarrollo se presentan diferentes alteraciones que deben ser atendidas oportunamente con el fin de mantenerla y la respuesta a tales alteraciones debería ser proporcionada en Colombia, por los servicios de salud en el marco del Sistema

General de Seguridad Social en salud (SGSSS). No obstante dicho sistema ha definido un Plan obligatorio de Salud subsidiado (POS-S) que excluye algunos tratamientos que obligan a los pacientes a realizar erogaciones económicas para poder acceder a ellos a través de los servicios de salud privados. Este tipo de gastos para atender las necesidades de salud no cubiertas por el Sistema de Salud por falta de disponibilidad de los recursos para la atención y por exclusión de tratamientos, se les denomina Gasto de Bolsillo en Salud (GBS). Si bien las reformas en salud tienen como principios la universalidad y equidad para proteger a las personas de la posibilidad de incurrir en gastos catastróficos y del subsiguiente empobrecimiento debido a gastos en salud, existen, de hecho, muchas limitaciones como barreras de acceso, barreras geográficas, desconocimiento de los servicios y restricciones para los tratamientos para que se hagan realidad estos principios (2,11). El gasto de bolsillo en salud ha sido, recientemente, objeto de investigaciones sin embargo, en salud oral, esta posible problemática no ha sido abordada y por lo tanto no se tiene conocimiento si la salud oral tiene las mismas limitaciones y erogaciones en gasto privado que puedan aportar al empobrecimiento de las personas.

Por lo anterior este estudio pretendió contribuir con el conocimiento inicial sobre el gasto que tienen los hogares para cubrir las necesidades y mantener la salud oral de un grupo de población que se caracteriza por sus bajos ingresos económicos y pertenece, en consecuencia, al régimen subsidiado del SGSSS colombiano.

La presente investigación es viable en tanto que se cuenta con elementos que favorecen su avance, ya que desde el punto de vista del talento humano cuenta con docentes investigadores expertos desde lo conceptual y lo metodológico, también desde los técnicos, materiales y financieros.

Desde el punto de vista ético, la investigación no realiza procedimientos que atenten contra la integridad física y moral de las personas. Sin embargo según la declaración de Helsinki (2000) y la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de

Salud sobre normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, el presente estudio se inscribió dentro de las investigaciones de riesgo mínimo.

7. REFERENTE TEÓRICO

El gasto en salud se ha caracterizado por ser el resultado de las transformaciones del modelo económico, de la definición del papel del Estado en la economía, del fortalecimiento del papel de la sociedad civil en el campo de la salud y de las modalidades con que la reforma del sector se ha aplicado a las políticas de financiamiento de los servicios de salud. La proporción del gasto en salud relacionada con el PIB suele utilizarse como un indicador de la prioridad que la sociedad asigna a la atención de la salud de su población. (12).

Este gasto en salud es público o privado siendo este último la suma de todas las erogaciones directas e indirectas que realizan cada una de las familias para la atención de la salud de sus miembros. Por erogación directa se entiende el gasto que es efectuado directamente del bolsillo de las personas para pagar la atención al momento de recibirla. La erogación indirecta se refiere a todo aquel gasto en salud que realizan las familias en seguros voluntarios. El gasto privado en salud está compuesto por el gasto de bolsillo y el gasto en seguros médicos voluntarios pero para efectos de este estudio solo se enfocó en gasto de bolsillo en salud (13)

7.1 Gasto de bolsillo en salud

El pago de bolsillo afecta tanto a las personas carentes de seguro, como aquellas que están afiliadas a sistema general de seguridad social. Para las personas sin afiliación el pago directo es total, mientras que las personas con algún aseguramiento deben realizar copagos o un pago total de aquellos servicios que no están cubiertas por el seguro (14).

El gasto de bolsillo, se define como las cantidades desembolsadas directamente por los hogares, incluidas gratificaciones y pagos en especie a los profesionales de la salud y los proveedores de productos farmacéuticos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios, cuya finalidad principal sea favorecer el

restablecimiento o la mejora de la salud de individuos o grupos de población. Se incluyen los pagos de los hogares a servicios públicos, instituciones no lucrativas y organizaciones no gubernamentales. (15). El gasto de bolsillo en salud es señalado como gasto catastrófico cuando supera la capacidad de pago del hogar. La capacidad de pago del hogar se define como el ingreso total del hogar menos aquel nivel de gasto necesario para cubrir necesidades básicas de subsistencia (3)

en el presente estudio se estudiaron todas las variables anteriormente mencionadas como también las variables: consultas particulares, consulta especializada, radiografías no cubiertas por el POS-S, medicamentos no incluidos en el POS-S o por desabastecimiento, transporte, alimentación e implementos de salud oral de uso permanente , que obligan a las personas a desembolsar por concepto de salud cantidades significativas de sus ingresos en la recuperación o la mantención de su salud oral. Cabe aclarar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el gasto de bolsillo como “gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial “(2). Pero como se mencionó anteriormente se incluyeron las variables alimentación y transporte pues se consideró una barrera de acceso para acudir a la consulta de salud oral, ya que deben destinar dinero de su bolsillo para asistir a la consulta odontológica.

7.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud

Colombia a partir de la ley 100 de 1993 realizó la reforma que dio lugar al sistema general de seguridad social en salud, el cual tiene por objeto garantizar la cobertura total en salud de la población para mejorar las condiciones de salud de los colombianos y resolver los problemas de inequidad e ineficiencia por medio de la universalidad, solidaridad, unidad y participación.

El sistema general de seguridad social en salud tiene como objeto financiar la oferta de salud y la prestación de los servicios de salud por medio de dos regímenes que son el contributivo y el subsidiado y para las personas que no son incluidas dentro de estos regímenes se ha creado un régimen de transición denominado vinculados, en el que se mantiene un esquema de subsidio parcial (16). teniendo en cuenta que un método para evaluar la capacidad de protección financiera de un sistema de salud es determinar qué proporción de los hogares tienen gasto en salud elevado en comparación con su capacidad de pago (OMS, 2000) Colombia trazo como objetivo tener una protección financiera con lo que pretende proteger a los hogares pobres de caer en la pobreza como resultado de realizar gastos relacionados con el cuidado en salud, como consecuencia a esto Colombia adoptó un esquema de aseguramiento en salud subsidiado por el gobierno y por las personas con una mayor capacidad adquisitiva y de esta manera las personas pobres no aseguradas o con un subsidio parcial (vinculados) se afilien al régimen subsidiado y así disminuir los gastos privados en salud como gasto de bolsillo, resolviendo problemas financieros y teniendo más atención preventiva con los principios fundamentales como: cobertura universal con eficiencia, equidad y calidad (17)

7.2.1 Régimen Subsidiado

Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado, a este régimen tienen derecho las personas pertenecientes a los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN, quienes podrán acceder a través de un subsidio total. Las personas que acceden al esquema de subsidios totales tendrán derecho a recibir el conjunto básico de servicios de atención en salud establecidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado POS-S (18).

En salud oral el POS subsidiado cubre las actividades de promoción y prevención establecidas en la norma 412, las cuales son: Examen clínico por primera vez o de

control, topicación de flúor, detartraje supragingival, control de placa, aplicación de sellantes, educación del paciente en salud oral y detección temprana de la enfermedad y los tratamientos de morbilidad como operatoria simple y compleja, exodoncia simple y cirugía a campo abierto, endodoncia uní y multirradicular los cuales no tiene que pagar cuota moderadora o coopago y los tratamientos como ortodoncia, Periodoncia y de rehabilitación oral no son cubiertos por éste régimen.

8. VARIABLES

	OPERACIONALIZACION	CATEGORIZACION	VALOR	OBSERVACION	INDICADOR
Edad	Edad del usuario en años cumplidos	Edades comprendidas entre 18 a 85 años		Según fecha de nacimiento	Promedio, desviación estándar
Sexo	Genero del paciente	0. 1. 2.	0: sin dato 1: masculino 2: Femenino		Proporciones
Nivel de escolaridad	Años cursados	0 1 2 3 4 5	Sin dato Sin escolaridad Básica primaria Secundaria Universitario Otro	Según información del paciente	Proporciones
Procedencia	Municipio de cabecera	0 1 2	Sin dato Urbano Rural	Zona de procedencia	Proporciones
Estrato	Estratificación según el DANE	0 1	Sin dato Estrato 1	Según información del paciente del lugar en	Proporciones

		2	Estrato 2	el que viven actualmente	
		3	Estrato 3		
		4	Estrato 4		
		5	Estrato 5		
		6	Estrato 6		
Régimen de seguridad social	Afiliación al SGSSS	0	Sin dato	según información de base de datos	Proporciones
		1	subsidiado		
Ocupación	Registro de dato según la OIT	Nombre de la ocupación según la OIT		Según información del paciente	Proporciones
Diagnóstico Estomatológico o principal cubierto por el POS-S	Diagnóstico oral y dental con el que el paciente ingresa al servicio de salud oral	Nombre y código según el cie 10			Proporciones
Atenciones odontológicas	Atenciones realizadas en los últimos tres meses	1	Una	Según información del sistema	Promedio
		2	Dos		
		3	Tres		
		4	Cuatro		
		5	Cinco		
		6	Seis		
		7	Siete		
		8	Ocho		
		9	Nueve		
		10	Diez		
		11	Más de diez		

Tiempo invertido para la cita de odontología	Horas que ha invertido desde que salió de la casa hasta que termino la cita odontológica	Número de horas		Según información del paciente	Promedio, desviación estándar
Número de integrantes en el hogar	Cuántas personas conforman el hogar	Número de personas		Según información del paciente	Promedio y desviación estándar
Ingresos	Total de ingresos económicos por familia	Valor en pesos de ingresos mensualmente	Se coloca en miles o millones	Según información del paciente	Promedio, desviación estándar
Gasto en transporte	Gasto realizado en dinero para el desplazamiento a la consulta de salud oral	Valor en pesos		Según información del paciente	Promedio, Desviación estándar
Gasto en alimentación	Gasto realizado en dinero para alimenta al asistir a la consulta de salud oral	Valor en pesos		Según información del paciente	Promedio, Desviación estándar
Gasto en consulta particular	Gasto realizado en dinero para asistir a consulta particular	Valor en pesos		Según información del paciente	Promedio, Desviación estándar
Gasto en medicamento	Gasto realizado en dinero para medicamentos	Valor en pesos		Según información del paciente	Promedio, desviación estándar
Gasto en radiografía	Gasto realizado en dinero para radiografías	Valor en pesos		Según información del paciente	Promedio desviación estándar
Gasto en elementos para la salud oral	Gasto realizado en dinero para elementos en salud oral como cepillo de dientes por integrante del hogar, cremas dentales medicada, seda dental y enjuagues bucales	Valor en pesos		Según información del paciente	Promedio desviación estándar
Gasto en	Gasto realizado en	Valor en		Según	Promedio

consulta especializada	dinero para consulta especializada	pesos		información del paciente	desviación estándar
Gasto de bolsillo total	Gasto total en pesos realizado en los últimos seis meses al asistir a la consulta de salud oral	Valor total en pesos		Según información de paciente	Resultado de la aplicación de un modelo de regresión lineal

9. ESTRATEGIA METODOLOGICA:

9.1 ENFOQUE.

Se realizó una investigación con enfoque empírico analítico dado el interés de describir el gasto de bolsillo dedicado a la atención de la salud oral y la relación de éste con los ingresos mensuales.

9.2 TIPO DE ESTUDIO

El diseño del estudio fue descriptivo porque determina la proporción del gasto en salud oral de un grupo de pacientes del régimen subsidiado. Además establece la relación entre el gasto en salud oral y los ingresos mensuales a través de un modelo econométrico de regresión lineal que estima la propensión marginal al gasto en salud oral.

9.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

9.2.1 Muestra: Se realizó un muestreo no probabilístico de los pacientes que consultaron a los centros de salud del Bosque y Universidad Autónoma de Manizales (UAM) pertenecientes a la ESE Assbasalud durante los meses de septiembre, octubre y noviembre. La muestra fue de 254 pacientes.

9.2.2 Criterios de inclusión

1. Personas afiliadas al SGSSS por el régimen subsidiado.
2. Personas mayores de 18 años.
3. Personas residentes en Manizales durante el último mes al ser entrevistadas.
4. Personas que tengan acceso y acudan al servicio de salud oral en el último mes.

9.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

9.3.1 TECNICAS: se utilizaron en la investigación observación directa e indirecta

9.3.2 Instrumentos

9.3.3 Encuesta: Se diseñó una encuesta a través de la cual se obtuvo la información acerca de las variables sociodemográficas y las relacionadas con el gasto de bolsillo. La encuesta se realiza con base en la metodología propuesta por Ke Xu (2005) modificada. Las fuentes de información según el autor incluye la información individual de los pacientes sobre edad, sexo, procedencia, ocupación, ingresos totales. En cuanto al gasto de bolsillo se incluyeron gasto en copago, gasto en transporte, gasto en consulta particular, gasto en radiografías, gasto en medicamentos, gasto en implementos de higiene oral, gasto en consulta de especialista, tipo de consulta, insumos pagados para la atención odontológica. Aunque en la metodología usada no se incluyen la alimentación ni el transporte, en el caso del presente estudio por tratarse de pacientes que pertenecen al régimen subsidiado, estos dos rubros pueden constituir una barrera de acceso a los servicios de salud. (Anexo 1).

9.3.4 Hoja de registro: Se diseñó una hoja de registro para consignar la información de las variables, edad, sexo, EPS, tipo de consulta y diagnóstico principal, datos que fueron extraídos directamente de la historia clínica. Ésta información se registró en una matriz diseñada para tal fin. (Anexo 2)

9.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El proyecto se presentó ante directivos y comité de ética de Assbasalud pidiendo aprobación y autorización para tener acceso a las historias clínicas y poder aplicar el instrumento a las personas que asistieron al servicio de salud oral en los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2012. Obtenida la autorización de la institución se procedió a realizar el proceso de recolección de la información. Para eso:

1. Se identificó a los pacientes que se presentaron a la consulta. Se les presentó el proyecto y se les solicitó consentimiento para dialogar con ellos sobre las variables sociodemográficas y socioeconómicas de la encuesta. Obtenido dicho consentimiento se aplicó la encuesta a cada uno de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.
2. Posteriormente se obtuvo la información relativa al estado de salud oral que incluyó el tipo de consulta y el diagnóstico en salud oral.

10. PLAN DE ANALISIS

Se calcularon:

- Gasto en salud oral promedio del hogar datos, extraídos de la encuesta.
- Estructura del gasto de bolsillo en salud oral que incluye cada uno de los componentes del gasto de bolsillo (transporte, medicamentos, consultas particulares, consulta por especialista, radiografías, elementos para la salud oral)
- Gasto de bolsillo en salud oral como porcentaje de gasto de consumo de los hogares.
- Estimación de un modelo explicativo del gasto en salud oral que relaciona la estructura del gasto de bolsillo y las variables sexo y estrato socioeconómico con los ingresos.

Para estimar dicho modelo se realizaron:

1. La especificación del modelo: relación del gasto total con el ingreso familiar.

2. Estimación del modelo

Para establecer si el modelo presenta heterosedasticidad se aplicó el test de White.

11. RESULTADOS

11.1 Análisis descriptivo

Por medio de un muestreo no probabilístico se encuestaron 254 personas afiliadas al SGSSS por el régimen subsidiado que asistieron a consulta odontológica en el periodo septiembre – octubre - noviembre de 2012.

Esta población está conformada por 78,3% de mujeres y 21,7% hombres. La edad está entre los 18 y los 66 años, el promedio es de 38 años.

El 100% procede de la zona urbana. La mayoría de las personas reside en la comuna La Macarena, el 16,5 % en el barrio El Bosque, el 14,6% en el barrio El Carmen.

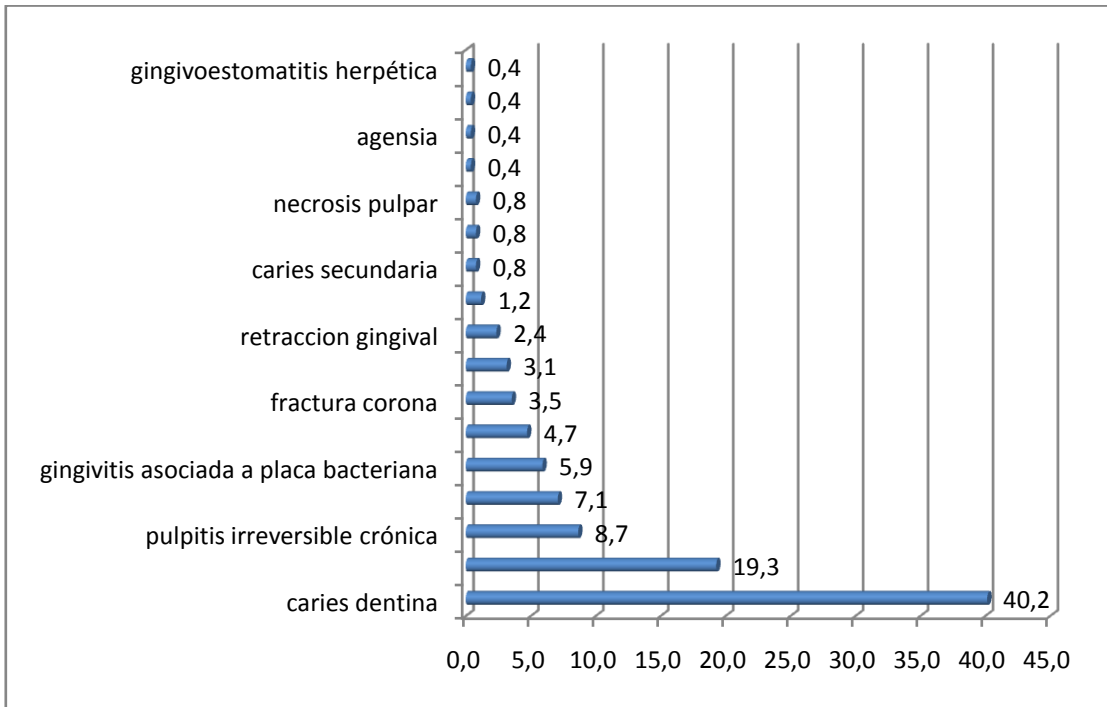
Por nivel de escolaridad se distribuyen así: 39 % básica primaria, 32,3% básica secundaria, 2,4% universitario, 23,2% no tiene ningún nivel de escolaridad y 3,1% otro.

Según el estrato socioeconómico el 40,2 % corresponde al estrato tres, el 31,9% al estrato uno, el 27,2% al estrato dos y el 0,8 % al estrato cuatro.

Por tipo de consulta se encontró que cinco de cada diez de los pacientes consultaron por necesidad de tratamiento odontológico, el 28% por consulta de primera vez, el 17,7% por control, el 2,4% por urgencias, y el 0,8% por higiene oral.

El diagnóstico principal identificado se presenta en el gráfico 1.

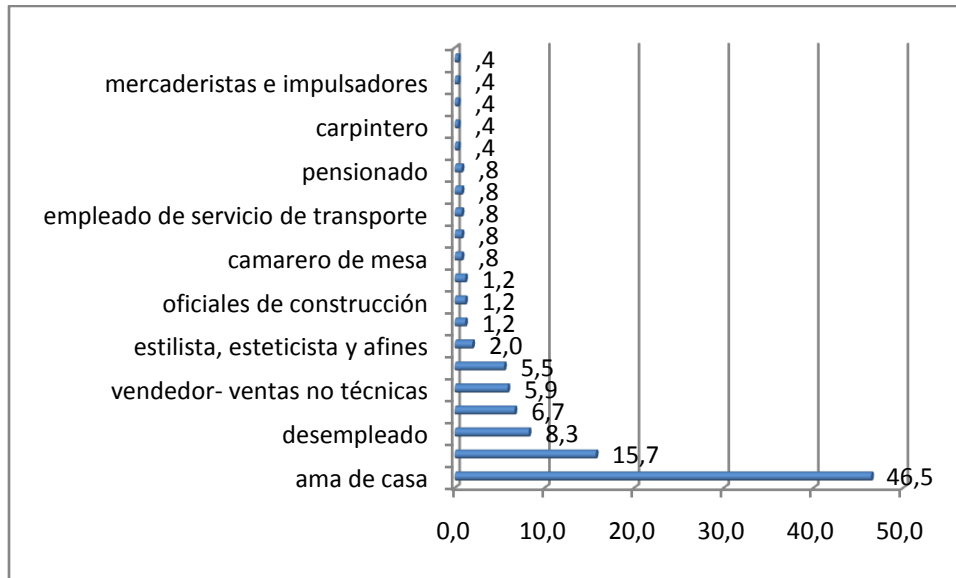
Gráfico 1. Distribución de los diagnósticos en salud oral en una población del régimen subsidiado. Manizales, 2012



Fuente: datos propios obtenidos de historia clínica del paciente

La ocupación se clasificó de acuerdo con la denominación dada por el observatorio laboral de la educación (OLE) del Ministerio de Educación Nacional de Colombia 2009 y se identificó que la mayoría de las personas que consultaron (46,5%) son amas de casa (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución de las personas según la ocupación. Manizales 2012



Fuente: datos propios obtenidos de encuesta.

La distribución según la EPS muestra que el 67,3% está afiliado a Caprecom y el 32,7% a Salud Córdor.

Con relación al ingreso familiar mensual, a continuación se presenta el promedio de ingresos familiares mensuales el cual es de 311.058 pesos. Tabla 1

Tabla1. Promedio de los ingresos familiares mensuales. Manizales 2012

Ingreso familiar mensual	n	Mínimo	Máximo	\bar{x}
	254	100000	600000	311058,27

Fuente: datos propios obtenidos de encuesta

Con relación al gasto de bolsillo, a continuación, se presenta: el promedio de gastos de bolsillo en salud oral según los componentes del gasto identificados, la proporción de gasto total familiar según el ingreso total y un modelo econométrico explicativo de la relación entre los ingresos y el gasto total familiar en salud oral, que muestra la propensión marginal al consumo según los ingresos y según las variables sexo y estrato socioeconómico.

El gasto de bolsillo por alimentación, transporte, consulta particular, elementos de higiene oral, medicamentos, radiografías, consulta en especialista se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Promedio del Gasto por alimentación, transporte, consulta particular en consulta, elementos de higiene oral, medicamentos, radiografía y consulta especializada. Manizales 2012

Gasto	\bar{x} mensual	Máximo	mínimo
Gasto por alimentación Mensual atribuido a las citas odontológicas	431,75	10.000	0
Gasto en transporte atribuido a las citas odontológicas durante el mes	7136.02	63000	0
Gasto en consulta particular odontológica por falta de oportunidad en las citas	5681	180000	0
Gasto familiar en elementos de higiene oral indispensables para mantener la salud oral como cepillo por persona, cremas dentales medicadas, seda dental, enjuagues orales	3894,29	35000	0
Gasto familiar en medicamentos en odontología por falta de abastecimiento en los centros de atención.	1532,68	20000	0
Gasto en radiografías no incluidas en el POS-S	755,91	20000	0
Consulta especializada Como ortodoncia, periodoncia y rehabilitación	8051,18	200000	0
Gasto total familiar total mensual en salud oral (alimentación +transporte+ consulta	27501,57	225600	2000

particular odontológica+ elementos para la higiene oral+ medicamentos+ radiografías+ consulta de especialista)			
--	--	--	--

Fuente: datos propios obtenidos de encuesta

Las familias destinan una proporción de 8.8% de sus ingresos totales mensuales en gastos de salud oral. Se resalta que destinan una mayor proporción de sus ingresos mensuales en gasto de bolsillo en salud oral para consulta odontológica especializada como ortodoncia, periodoncia o rehabilitación. (2.5%), y una mínima proporción del ingreso en alimentación (Tabla 3.)

Tabla 3. Proporción del gasto en relación al ingreso. Manizales 2012

Variable	n	\bar{x}	%
Ingreso familiar mensual	254	311058,27	--
Gasto en alimentación	252	431,75	0.1
Gasto en consulta particular odontológica	254	5681,10	1.8
Gasto para elementos de higiene oral	254	3894,29	1.2
Gasto adicional en medicamentos derivados de la consulta odontológica	254	1532,68	0.4

Gasto en radiografías no incluidas en el POS-S	254	755,91	0.2
Consulta adicional en especialista (ortodoncia y periodoncia)	254	8051,18	2.5
Gasto en transporte por número de atenciones en el mes	254	7136,0236	2.3
Gasto total mensual	254	27501,5748	8.8

Fuente: datos propios obtenidos de encuesta

11.2 ANALISIS BIVARIADO

Para el análisis bivariado primero se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov para la variable dependiente gasto de bolsillo en salud oral (gasto total mensual=gasto de alimentación + gasto de transporte+ gasto en medicamentos+ gasto en implementos de salud oral+ gasto en radiografía + gasto en especialista).

Esta prueba indicó que la variable no tiene una distribución normal (Tabla 4).

Tabla 4. Prueba de normalidad de la variable gasto total. Manizales 2012

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
gasto total	0,252	254	0

Fuente: datos propios obtenidos de encuesta

Relación del gasto total según el sexo.

A través de la prueba de KolmogorovSmirnov (para muestras mayores o iguales a 50) se identificó que el gasto total según el sexo no presenta una distribución

normal, por este resultado se aplicó la prueba de U Mann Whitney para identificar si existe diferencias estadísticas entre el promedio de gasto total en hombres y mujeres (Tabla 5).

Tabla 5. Prueba de normalidad de la variable gasto total según el sexo. Manizales 2012.

sexo		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estadístico	Gl	Sig.
gasto total	hombre	,201	55	,000
	mujer	,294	199	,000

Fuente: datos propios obtenidos de encuesta

Los resultados de la prueba de U Mann Whitney muestran que existen diferencias significativas en los promedios del gasto total de hombres y de mujeres, siendo el promedio del gasto de los hombres mayor. (Tabla 6).

Tabla 6. Comparación del promedio del gasto total entre hombres y mujeres. Manizales 2012

Sexo	n*	Gasto total			
		\bar{x}	Sd	UMannWhitney	Z
Masculino	55	29639,09	31843,89	4321,500	-2,38
Femenino	199	26918,80	38166,28	P= 0,017 P<0,05	

Relación del gasto total según número de integrantes del hogar. Manizales 2012

A través de la prueba de Kolmogorov Smirnov (para muestras mayores o iguales a 50) se identificó que el gasto total según el número de integrantes del hogar presenta una distribución normal cuando hay 6 y 7 integrantes en el hogar (Tabla 7).

Tabla 7. Prueba de normalidad de la variable gasto de bolsillo en salud oral según número de integrantes del hogar. Manizales 2012.

Número de integrantes del hogar	n*	Gasto total					
		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
2	0,340	16	,000	,635	16	,000	
3	0,281	60	,000	,512	60	,000	
4	0,258	95	,000	,631	95	,000	
5	0,273	61	,000	,570	61	,000	
6	0,246	16	,011*	,809	16	,004	
7	0,336	6	,033*	,711	6	,008	

Fuente: datos propios obtenidos de encuesta

Se observó diferencia significativa entre los promedios del gasto total entre las diferentes categorías de número de integrantes del hogar, siendo mayor el promedio de gasto en los hogares con 7 integrantes del hogar. (Tabla 8).

Tabla 8. Comparación del promedio del gasto de bolsillo en salud oral entre las diferentes categorías de integrantes del hogar. Manizales 2012

Número de integrantes del hogar	n*	Gasto total			
		\bar{x}	sd	Kruskal Wallis	GI
2	16	25218,75	33069,12		
3	60	19839,16	29417,57		
4	95	29418,42	38055,66		

				P= 0,041 P<0,05	5
5	61	30004,91	43068,40		
6	16	34350,00	32987,31		
7	6	36150,00	36743,09		

Fuente: datos propios obtenidos de encuesta

11.3 Modelo del gasto en salud oral

Para esta investigación se aplicó un modelo econométrico con el objetivo de estimar el gasto mensual de las familias en salud oral en función del ingreso familiar, del estrato socioeconómico y del sexo. El modelo se estimó usando el método de mínimos cuadrados ordinarios (MCO). Teóricamente es de esperarse una relación positiva entre estas variables, es decir, una propensión marginal al gasto en salud oral mayor de cero (PMG>0).

Especificación del modelo regresión lineal: relación gasto total ingreso - familiar mensual. Manizales 2012

$$GSO_i = \beta_0 + \beta_1 Ing_i + u_i$$

Donde

GSO: Gasto salud oral

B₀: Gasto de bolsillo familiar autónomo en salud oral al mes

β₁: propensión marginal al gasto en salud oral

Ing: ingresos familiares mensuales

u_i: Erro aleatorio

11.4 Estimación del modelo.

$$GSO_i = 5387,9 + 0,071 Ing_i + u_i$$

Como se observa en la tabla 9 el coeficiente de la propensión del gasto en salud oral es significativamente diferente de cero y muestra como la relación entre el ingreso y dicho gasto es directa, es decir, por cada mil pesos de ingreso familiar, las familias dedican a gasto en salud oral 71 pesos. (Tabla 9)

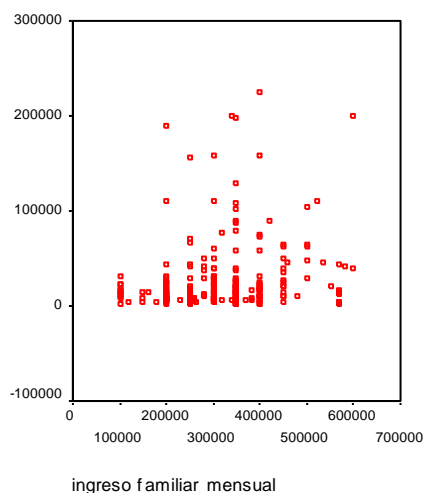
Tabla 9. Modelo gasto de salud oral en relación al ingreso. Manizales 2012

	Coeficientes no estandarizados		T	Sig.
	B	Error típ.		
(Constante)	5387,858	6818,885	,790	,430
ingreso familiar mensual	,071	,021	3,438	,001

Fuente: datos propios obtenidos de encuesta

Según el coeficiente de determinación (0,045) el modelo parece no presentar buen ajuste como lo muestra el diagrama de dispersión siguiente. (Grafico 3.)

Grafico 3. Diagrama de dispersión de gasto total según el ingreso familiar mensual. Manizales 2012



Fuente: datos propios obtenidos de encuesta.

El modelo no presenta problemas de heterocedasticidad en los errores como lo muestra el test de White

$$\chi^2 = 0,065; p > 0,05$$

Modelo explicativo del gasto en salud oral en función del ingreso según el estrato. Manizales 2012

El coeficiente de la propensión marginal es significativamente diferente a cero y muestra como la relación entre el ingreso y los gastos en los diferentes estratos socioeconómicos son directos, es decir en el estrato uno por cada mil pesos del ingreso familiar se gastan 50 pesos, en el estrato dos 53 pesos y en estrato tres 105 pesos. Es de resaltar que la relación ingreso en función del gasto es estadísticamente significativa en el estrato tres. (Tabla 10.)

Tabla 10. Modelo gasto de salud oral en relación al estrato socioeconómico. Manizales 2012

Estrato Socioeconómico	Coeficientes no estandarizados		t	Sig.
		B		
estrato uno	(Constante)	11187,934	,975	,332
	ingreso familiar mensual	,050	1,434	,156
estrato dos	(Constante)	7856,933	,698	,487
	ingreso familiar mensual	,053	1,597	,115
estrato tres	(constante) (Constante)	- 1516,799	- ,127	, ,899
	ingreso familiar mensual	,105	2,819	,006

Fuente: datos propios obtenidos de encuesta

12. DISCUSIÓN:

En Colombia desde 1993 con la reforma en salud cuenta con dos regímenes, contributivo que afilia a trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos superiores o iguales a un salario mínimo y subsidiado que incluye a todas las personas sin capacidad de pago, con estos dos regímenes, se supone que el sistema de aseguramiento asume el costo total o parcial de los tratamientos médicos de las personas afiliadas, así como de otras actividades complementarias que se han introducido dentro del plan de beneficios Sin embargo en salud oral, parte de la población acude a consulta particular y especializada, haciendo pagos de bolsillo, generalmente a la falta de cobertura y deficiencias del sistema. Aunque en el presente estudio las personas no tuvieron un gasto catastrófico el cual se considera, cuando el porcentaje del gasto es mayor de 30% (2) si se presentó una propensión al gasto en salud oral de 71 pesos por cada mil ganados y el gasto en salud oral alcanza al 8,8% de los ingresos totales mensuales, cuando los estudios se hacen con relación al gasto en salud general, dicho gasto en salud oral puede llegar a ser catastrófico. Al igual que en el estudio de Cartagena (19), en el presente estudio se encontró que a medida que aumentan los ingresos y estrato socioeconómico aumenta el gasto en salud oral, aunque el hallazgo solo puede reportarse en el estrato 3 respecto del estrato 2 debido a la poca regularidad de los datos y a las restricciones impuestas por el tipo de población con la que se realizó el estudio que, teóricamente, compartía características similares.

En el estudio realizado en Cartagena (19) se demostró que los estratos 1 y 2 tienen menores ingresos y muchas veces inciertos en comparación con estratos superiores, pero el gasto de bolsillo en salud en proporción a ingreso del hogar es mayor en dicha familia, lo cual muestra una clara situación de inequidad en el financiamiento del sistema de salud.

El presente estudio permitió conocer que la variable sexo resulto significativamente diferente a cero mostrando relación directa entre ingreso total mensual y sexo teniendo un gasto mayor los hombres que en las mujeres en contraste con el estudio realizado en la región central en Colombia en 2008 en donde las mujeres tienden a tener más gasto de bolsillo en salud que los hombres. (17)

Por rubros, en este estudio, la mayor proporción corresponde a consulta especializada, consulta particular, elementos para mantener la salud oral y transporte; en Cartagena el rubro de mayor costo para las familias fue el de medicamentos y hospitalización. Los medicamentos constituyen un componente importante del gasto de bolsillo, tal es el caso de los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias (20) y en las entidades hospitalarias responsables de la atención en salud en México (21). También en Argentina se encontró un aumento de la parte correspondiente a los medicamentos en la estructura del gasto privado para la salud y el incremento desigual del peso relativo de dicho gasto en los ingresos familiares (22).

La atención propiamente dicha en salud oral fue componente del gasto de bolsillo dado que entre los diagnósticos de los pacientes, algunos, requirieron tratamiento por especialista Periodoncia rehabilitación y ortodoncia, para el cual existen limitaciones en el acceso debidas al mismo POS. Situación similar la viven familias con personas en condiciones de discapacidad en quienes el gasto de bolsillo es para la atención médica; los más afectados son las familias más pobres. (23).

El gasto de bolsillo, se realiza por parte de los usuarios, como una alternativa para alcanzar o mejorar un proceso de atención en salud, que de alguna manera no está siendo cubierto y que afecta a los más pobres.

Es importante señalar, que en este estudio, algunos pacientes no reportaron gasto de bolsillo en salud oral. A este respecto es pertinente retomar lo planteado por Peticara (2008), los hogares no siempre tienen gasto de bolsillo en salud por tres razones: por tener un muy buen seguro, porque perciben niveles de ingreso de subsistencia y no pueden afrontar ningún tipo de gasto o sencillamente porque no experimentaron eventos de pérdida de salud significativos en el periodo considerado (3).

Finalmente, el presente estudio por medio de la ecuación de regresión lineal permitió ratificar lo observado en otras investigaciones de gasto de bolsillo en salud (14,19) que el gasto total privado en salud oral entendido como gasto de bolsillo se incrementa en la medida que aumentan el ingreso en los hogares, es decir, tienen una relación directa siendo significativamente diferente de cero. Lo que hay que resaltar es que el problema central radica en la proporción de gasto de bolsillo en relación al ingreso que afecta a las familias de menores recursos.

Aunque los estudios de gasto de bolsillo se realizan con la intencionalidad de valorar si el SGSSS ha logrado reducir la inequidad en el acceso a los servicios de salud, el presente estudio tiene limitaciones importantes debido a las características de la población, y su pertenencia a estratos socioeconómicos en los que las diferencias entre ingresos y necesidades pueden ser muy similares. Igualmente lo es el tipo de muestreo, no probabilístico, que limita el alcance de los resultados al segmento de población estudiado.

13. Conclusiones

El propósito de este trabajo fue explicar el Gasto de Bolsillo en Salud Oral e identificar qué componentes del gasto tienen mayor peso respecto a sus ingresos por medio de proporciones y regresión lineal. El estudio econométrico no pretendió predecir el gasto de bolsillo en salud oral si no explicar la relación del

gasto de bolsillo total en salud oral respecto a los ingresos totales familiares mensuales, entonces, las conclusiones según los objetivos son:

Las personas encuestadas pertenece en su totalidad a la zona urbana, asistieron a la consulta odontológica más mujeres (78,3%) que hombres (21.7%) por lo cual la ocupación que mas prevalece es la de ama de casa. La edad de los pacientes encuestados están entre los 18 y los 66 años, el promedio es de 38 años, se encontró mayor población en el estrato 3 con 40.2%. Según el nivel de escolaridad el 39 % de la población tiene básica primaria. el diagnóstico de mas prevalencia fue caries de dentina .

El gasto de bolsillo alcanza el 8,8% de los ingresos está representado por la consulta especializada, la consulta de odontología particular, el transporte y los elementos para el mantenimiento de la salud oral.

Hay una relación directa entre el consumo y los ingresos, coherente con lo que diría la teoría económica que a medida que aumenta el ingreso aumenta el gasto. Los pacientes de este estudio dedican 71 pesos, por cada mil pesos de ingresos familiares, en la atención a la salud oral. Según el modelo los hombres gastan más que las mujeres y los pacientes del estrato tres respecto al estrato dos.

14. RECOMENDACIONES

Futuros estudios pudieran analizar las diversas modalidades de gasto de bolsillo en los hogares asociados con la evolución de la patología, ampliar el tiempo del estudio y medirlos en pacientes con diversos grados de avance de la enfermedad,

Realizar comparación en el gasto de bolsillo entre personas afiliadas al régimen subsidiado, régimen contributivo y en las no afiliadas, teniendo en cuenta no solo número de integrantes sino edades de los integrantes ya que esta sola variable podría variar el gasto.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Progresión hacia el derecho de la salud en América Latina y el Caribe, Naciones Unidas Mayo de 2008
2. Organización Mundial de la Salud. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Génova: metodología por Ke Xu; 2005
3. Peticara M. Incidencia de los Gastos de bolsillo en 7 países latinoamericanos. Santiago de Chile: División de desarrollo social; 2008.
4. Castro CE. Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América latina. Colombia: Fescol; 2012
5. Castro CE. Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América latina. Colombia: Fescol; 2012. P. 23, 24

6. Castro CE. Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América latina. Colombia: Fescol; 2012. P. 19
7. Castro CE. Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América latina. Colombia: Fescol; 2012. P. 21
8. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Bogotá: Aspecto Metodológico para la Construcción de Línea base para el Seguimiento a las Metas del Objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública; 2009
9. Dirección Territorial de Caldas. Indicadores de Salud de Caldas. Caldas: Gobernación de Caldas; 2009
10. Alcaldía de Manizales, Secretaria de Salud Pública. Comité Local de Salud Oral. Manizales: Política Pública de Salud Oral. Sonrisas Sanas, Todos Felices; 2007- 2017
11. observatorio universitario de política social y calidad de vida. Equidad? El problema de la equidad financiera en salud. Bogotá: 2001. P 224, 225}
12. Castro CE. Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América latina. Colombia: Fescol; 2012. P. 19
13. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Encuesta nacional de evaluaciones de desempeño: gasto de bolsillo por entidad federativa. Documento técnico (2). P.1
14. Organización Internacional del Trabajo, Organización Panamericana de la salud. El Gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud. México:

Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe; 1999

- 15 Dirección General de Evaluación del Desempeño. Encuesta nacional de evaluaciones de desempeño: gasto de bolsillo por entidad federativa. Documento técnico (2). P.1
- 16 Ministerio de la protección social. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?D=14661&IDCompany=3> acceso 20 de mayo 2012.
- 17 Gil A, Martínez J, Gutiérrez J, Díaz RD. Determinantes del Gasto de Bolsillo y Catastróficos en la región central de Colombia. *Gestion & Region* 2008 (11): 42
- 18 Ministerio de la protección total. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/cajaherram/Contratacion_9.html . Acceso 25 de mayo 2012.
- 19 Estrada LA, Guzmán NA, De la Hoz F. Gasto privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias. *Salud publica* 2007 9 (1):11-25.
- 20 Mould-Quevedo J, Peláez-Ballestas I, Vázquez-Mellado J, Terán-Estrada J, Esquivel-Valerio J, Ventura-Ríos L, Et Al. El costo de las principales enfermedades reumáticas inflamatorias desde la perspectiva del paciente en México. *Gac Méd Méx* 2008 Vol. 144 (3): 225-231.
- 21 Rocha A, Hernández-Peña P, Ruiz S, Ávila-Burgos L, Marín- Palomares T, Lazcano-Ponce E. Gasto de hogares durante la hospitalización de menores

derechohabientes, con diagnóstico de leucemia, en dos hospitales en México. Salud pública Méx 2003 45 (4)

22 Alonso V. Consumo de medicamentos y equidad en materia de Salud en el área Metropolitana de Buenos Aires. salud publica 2003 13(6): 400-406

23 Urquieta-Salomon J, Figueroa JL, Hernández-Prado B. El gasto en salud relacionado con la condición de discapacidad. Un análisis en población pobre de México. Salud pública de México 2008 50 (2): 136-146

16. ANEXOS

Anexo 1

INVESTIGACION MAESTRIA EN SALUD PUBLICA I COHORTE UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES

MAGNITUD y CAUSA DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD ORAL DE LA POBLACIÓN DEL REGIMENSUBSIDIADO MANIZALES 2012

Para preservar los derechos del paciente y en cumplimiento de la ley: Yo _____ con documento de identidad # _____ de _____ edad _____, actuando en nombre propio y en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente accedo a dar la información correspondiente a la encuesta realizada por el personal profesional.

NOMBRE _____ **EDAD** _____ **SEXO: H** _____ **M** _____

BARRIO _____
DIRECCIÓN _____

Nivel de escolaridad: Marque con una X el nivel máximo de estudios que ha realizado

- Ninguna ___ básica primaria ___ secundaria ___ universitario ___ otro ___

Procedencia: marque con una X si vive en la zona urbana o rural según su localización en el municipio

- Urbano ___ Rural ___

EPS: empresa prestadora de salud a la cual pertenece

- Caprecom _____ Salud Cóndor _____

Ocupación: Escriba el nombre de la ocupación que desempeña actualmente

- _____

Cuántas personas conforman el hogar: escriba el número de personas que viven en la casa. _____

Ingreso económico familiar mensual: escriba el total de ingreso económico o el promedio del ingreso familiar mensual.

- Ingreso familiar total (si lo sabe) \$ _____
- Hasta \$100.000 ___ entre \$100.000 y \$300.000 ___ más de \$300.000 ___

Gastos en alimentación: escriba lo que gasta en alimentación al asistir a la cita odontológica

- \$ _____

Gasto en copago: si tiene que realizar algún pago para acceder a los servicios de odontología, escriba cuanto debe pagar

- \$ _____

Gasto en transporte: si tiene que realizar algún gasto en transporte para asistir a la cita

- \$ _____

Tipo de consulta: Indique cual es el motivo por el cual asiste a la consulta de salud oral

- No sabe ___ Consulta de primera vez ___ Control ___ Tratamiento ___
- Urgencias ___ Higiene oral ___

Cuántas atenciones odontológicas ha tenido en los últimos 3 meses? _____

Cuanto tiempo necesitó o invirtió en cada cita desde que salió de su casa hasta que regresó a ella? (No incluir el tiempo utilizado en otras actividades diferentes a dichas citas) _____ Horas .

Durante los últimos 3 meses ha tenido algún gasto adicional en salud oral:

- Consulta particular \$ ____
- Medicamentos \$ ____
- Radiografías \$ ____
- Consulta especializada (ortodoncia, ortopedia, Periodoncia, ciugia, implantologia, estética dental) \$ ____

DIAGNOSTICO ESTOMATOLOGICO PRINCIPAL

- _____

Firma del paciente

CC:

Anexo 2

**Revisión documental de la información secundaria contenida en la historia
clínica**

Nombre: _____

Apellidos: _____

Cedula: _____

Edad: _____

Sexo: H ____ M ____

Tipo de consulta: Indique cual es el motivo por el cual asiste a la consulta de salud oral

- No sabe ____ Consulta de primera vez ____ Control ____ Tratamiento ____
- Urgencias ____ Higiene oral ____

EPSs: Caprecom____ Salud Cóndor____

Diagnostico principal: _____

Numero de atenciones en los últimos tres meses: _____

Anexo 3

10. TABLA DE PRESUPUESTO

DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
1 Docente investigador (4 horas/ semana)	480 horas	13.127	6.300.960
EQUIPOS Y MATERIALES			
Computador	1	1000.000	1.000.000
Impresora	1	250.000	250.000
Fotocopias	1.500	60	90.000
Papelería y utiles de oficina			50.000

CDs	10	1.000	10.000
Resmas de papel	5	14.000	70.000
Tinta de impresora	5	90.000	450.000
TRANSPORTE			250.000
TOTAL			9.316.960

Anexo 4

Generación de nuevo conocimiento

Resultado/ producto esperado	Indicador	Beneficiario
Gasto de bolsillo en salud oral de un grupo de personas del régimen subsidiado según condiciones socioeconómicas	Divulgación de los resultados de Investigación.	UAM, Instituciones de Salud, Comunidad Académica
Gasto de bolsillo en salud oral en función del ingreso familiar mensual	Divulgación de los resultados de Investigación.	UAM, Instituciones de Salud, Comunidad Académica

Fortalecimiento de la comunidad científica

Resultado/ producto esperado	Indicador	Beneficiario
Artículo científico de publicación del informe final de la investigación.	Publicación en revista indexada de circulación Nacional y/o Internacional	Profesionales de la salud y de la educación interesados en el tema.

Apropiación social del conocimiento

Resultado/ producto esperado	Indicador	Beneficiario
Socialización del informe final en ponencias a nivel local y regional.	Número de eventos académicos en odontología y áreas afines de la educación interesadas en el tema, en los cuales se realiza presentación de resultados de la investigación	Comunidad local, regional de profesionales de la salud y de la educación interesados en el tema

