

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**GASTO DE BOLSILLO EN SALUD EN USUARIOS HIPERTENSOS  
San José. Caldas 2012**

**PROGRAMA:**

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

**FACULTAD:**

SALUD

**PRESENTA:**

GLORIA MARCELA VALENCIA RAMÍREZ

**DIRECTOR DE TESIS:**

DRA. DORA CARDONA RIVAS

**MANIZALES, SEPTIEMBRE DE 2013**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. Presentacion</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Resumen</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Area problemática, antecedentes y problema de investigacion</b> .....	<b>5</b>
<b>4. Objetivos generales y especificos</b> .....	<b>7</b>
4.1. Objetivo General .....	7
4.2. Objetivos Específicos .....	7
<b>5. Marco teorico</b> .....	<b>8</b>
<b>6. Definiciones y variables</b> .....	<b>22</b>
<b>7. Estrategia y metodologia</b> .....	<b>23</b>
7.1. Enfoque .....	23
7.2. Tipo de Estudio .....	23
<b>8. Poblacion y muestra</b> .....	<b>23</b>
8.1. Criterios de inclusión .....	23
8.2. Fuentes de información .....	24
8.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información .....	24
<b>9. Resultados</b> .....	<b>25</b>
9.1. Características de la población en la cual se realizó el estudio sociodemográfico.....	25
9.2. Características clínicas .....	25
9.3. Resultados del análisis del gasto de bolsillo: composición del gasto de bolsillo.....	30
9.4. Modelo de gasto de bolsillo en pacientes hipertensos .....	33
<b>10. Discusión</b> .....	<b>36</b>
<b>11. Conclusiones</b> .....	<b>38</b>
<b>12. Recomendaciones</b> .....	<b>38</b>
<b>13. Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>40</b>
<b>14. Referencias Bibliográficas de imágenes</b> .....	<b>45</b>

## INDICE DE TABLAS

1. <b>Tabla 1:</b> Indicadores relacionados con el gasto de bolsillo en salud en hogares con y sin seguro médico .....	13
2. <b>Tabla 2:</b> Estimación del gasto de bolsillo en Colombia .....	16

## INDICE DE TABLAS DE RESULTADOS

1. <b>Tabla 1:</b> Distribución de pacientes con lesión de órgano blanco según género .....	24
2. <b>Tabla 2:</b> Distribución de pacientes según afectación de órgano blanco y nivel educativo	25
3. <b>Tabla 3:</b> Distribución de pacientes según lesión de órgano blanco y estrato .....	25
4. <b>Tabla 4:</b> Distribución de pacientes según lesión de órgano blanco y estado de salud.....	26
5. <b>Tabla 5:</b> Distribución de pacientes según lesión de órgano blanco y severidad de la hipertensión arterial.....	27
6. <b>Tabla 6:</b> Distribución de pacientes según lesión de órgano blanco y control de la hipertensión arterial.....	27
7. <b>Tabla 7:</b> Distribución de pacientes según lesión de órgano blanco y la incapacidad .....	28
8. <b>Tabla 8:</b> Valores promedio desviación estándar del gasto de bolsillo por rubros .....	29
9. <b>Tabla 9:</b> Valores promedio desviación estándar del gasto de bolsillo según presencia de lesión en órgano blanco .....	30
10. <b>Tabla 10:</b> Resultados del análisis de varianza .....	31
11. <b>Tabla 11:</b> Modelo de gasto de salud en hipertensos sin lesión en órgano blanco .....	33
12. <b>Tabla 12:</b> Modelo de gasto de salud en hipertensos con lesión de órgano blanco en relación al ingreso .....	33

## INDICE DE FIGURAS Y GRAFICOS

1. <b>Figura 1:</b> Gasto de los hogares como porcentaje del gasto nacional en salud .....	10
2. <b>Figura 2:</b> Incidencia del gasto de bolsillo en salud sobre la capacidad de pago de los hogares .....	14
3. <b>Figura 3:</b> Financiación de los servicios de salud.....	14
4. <b>Figura 4:</b> Colombia: Gasto en salud 4 grandes componentes sin gasto público de dirección, llevados al 100% .....	19
4. <b>Gráfico 1:</b> Diagrama de dispersión de gasto según ingreso familiar mensual, en pacientes con lesión en órgano blanco .....	34



## PRESENTACIÓN

Los sistemas de salud son prestadores de servicios de salud, preventivos y curativos que pueden tener efectos importantes en la salud de las personas. Sin embargo, el acceso a estos servicios puede conducir a los individuos a gastar una proporción catastrófica de su ingreso disponible, por lo cual algunos de los hogares serían empujados a la pobreza. Más allá, debido a estos efectos negativos algunos hogares no acuden a los servicios de salud y sufren de mala salud<sup>1</sup>.

El gasto en servicios de salud, denominado gasto de bolsillo, en muchos casos es ineficiente, porque en un momento de enfermedad una persona no podrá negociar efectivamente el precio del servicio que recibirá ni elegir el de mejor calidad. Dado que siempre existe un elemento de incertidumbre en la pérdida de la salud, el gasto de bolsillo expone a las familias a un mayor riesgo de enfrentar gastos catastróficos<sup>2</sup>.

Por lo anterior el gasto de bolsillo en salud, se ha incluido como un indicador de las inequidades en la prestación de servicios de salud, y se plantea que las desigualdades en salud del país no solo se mantienen en el Sistema, sino que la generalización de un régimen mercantilista como criterio prioritario de atención, ha generado nuevas desigualdades<sup>3</sup>. Lo anterior, ha sido una preocupación constante e incide en la idea de buscar métodos para proteger a las personas de la posibilidad de incurrir en gastos catastróficos y del subsiguiente empobrecimiento debido a gastos en salud.

Con base en estos elementos la pregunta que orientó la presente investigación fue:

*¿Cuál es el valor y la composición del gasto de bolsillo en salud en usuarios hipertensos atendidos de los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) en la zona urbana y rural de San José Caldas durante el último mes?*

Para resolver dicha pregunta se realizó un estudio descriptivo transversal utilizando como instrumentos para la recolección de la información: encuesta a los pacientes para determinar las variables sociodemográficas, los gastos ocasionados para la atención en salud y una hoja de registro de las variables relativas a las características clínicas y epidemiológicas obtenidas a través de las historias clínicas de los pacientes hipertensos (278) de San José (Caldas).

## RESUMEN

**Objetivo:** Medir el gasto de bolsillo en salud en usuarios hipertensos (278) del municipio de San José de Caldas de los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS según sus condiciones clínicas y socioeconómicas.

**Material y métodos:** Se utilizaron técnicas de observación directa e indirecta. El diseño del estudio fue descriptivo porque determina la composición del gasto en salud de un grupo de pacientes hipertensos del municipio San José de Caldas (278). Además establece la relación entre el gasto de bolsillo en salud de usuarios hipertensos, con y sin lesión en órgano blanco, y los ingresos mensuales a través de un modelo econométrico que estima la propensión marginal al consumo en salud.

**Resultados:** Relación altamente significativa entre la presencia de lesión de órgano blanco y el estado de salud, pues implica un mayor compromiso de la misma y representa una causa de mayor gasto de bolsillo; se encontró dependencia entre lesión de órgano blanco y severidad de la hipertensión; la incapacidad laboral sólo se presentó en pacientes con afectación de un órgano blanco aunque en un porcentaje bajo; los mayores promedios de gasto de bolsillo corresponden a transporte, consulta médica y servicios dentales

**Conclusiones:** El gasto de bolsillo para el tratamiento de pacientes hipertensos se incrementa en los pacientes que presentan lesión en órgano blanco. Si bien dicho gasto no alcanza a ser catastrófico, el seguimiento y vigilancia a estos pacientes es una prioridad en el SGSS dado el impacto en la calidad de vida y los costos de la atención en salud.

**Palabras clave:** Gasto de bolsillo en salud; hipertensión arterial; Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### 1. AREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Existen dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: el Régimen Contributivo (RC) y el Régimen Subsidiado (RS), vinculado entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Todos los asalariados o pensionados, al igual que todos los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC. Para hacerlo, pueden

elegir libremente una empresa promotora de servicios de salud (EPS) pública o privada. La contribución obligatoria equivale a 12.5% de los ingresos laborales, pero en el caso de los trabajadores asalariados o pensionados, estos sólo pagan el equivalente a 4% de su salario, mientras que el empleador (o pagador de pensión) se encarga de pagar el restante 8.5%. Los trabajadores independientes deben pagar la totalidad de la contribución. Las EPS se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones, y organizar y garantizar la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS). El RS, por su parte, se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el RC. La identificación de dicha población es competencia municipal y se lleva a cabo mediante la aplicación de la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN). Los recursos para el financiamiento del RS son reunidos a través del FOSYGA y equivalen a uno y medio puntos porcentuales provenientes de 12.5% de la cotización del régimen contributivo que se suman a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales. Los beneficiarios del RS acuden a las EPS de dicho régimen. La cobertura del RS en 2010 alcanzó a 51.4% de la población.

Además de los beneficiarios del SGSSS, existen varios grupos que gozan de otros esquemas de seguridad social (4.9% de la población del país) y que pertenecen a los regímenes especiales. Tal es el caso del Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, y quienes laboran en las universidades públicas y en la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL).

Adicionalmente se consideró la participación en el SGSSS de personas que lo harán en forma transitoria mientras se logra la universalidad en la afiliación. Son aquellos que por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado<sup>4</sup>.

El SGSSS, a través del RS, ha logrado afiliar y dar cobertura a los sectores empobrecidos. No obstante, aún existe una porción de la población de ingresos medios que carece de cobertura, ya sea porque se encuentra transitoriamente desempleada o porque, tratándose de trabajadores independientes, no alcanzan la estabilidad laboral necesaria para pagar regularmente el 12.5% de sus ingresos como cotización al SGSSS. En todo caso, esta población todavía se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo<sup>5</sup>.

Existen tanto cuotas moderadoras como copagos que los afiliados tienen que realizar de acuerdo con tabuladores y tarifas ajustados por servicios y por grupos de ingresos. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización de los servicios y estimular su uso racional

al tiempo que se promueve la inscripción de los afiliados en los programas de atención integral desarrollados por las EPS. Estos copagos tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Algunos servicios están exentos de cobro, particularmente los de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los de prescripción regular, como el tratamiento de la epilepsia, la hipertensión, el asma y la diabetes. En el caso del régimen contributivo, el afiliado cotizante no está obligado a hacer copagos por atención hospitalaria, pero sí los miembros de su núcleo familiar.<sup>6</sup>

Entre 1994 y 2000, la población se adscribiría progresivamente a uno de los dos sistemas de aseguramiento, esto sería posible no solo por el aumento significativo de recursos financieros y de los aportes estatales para la salud, sino también porque se preveía un comportamiento macroeconómico de crecimiento positivo o de sostenibilidad de la economía, el empleo, la afiliación y los ingresos reales de los trabajadores<sup>7</sup>.

Pero surge la crisis del Sistema General de Seguridad Social, desde la expedición de la Ley 100 de 1993, que convirtió la salud en mercancía ya que la población puede adquirir esta en la medida que tenga dinero, razón por la cual hay una salud para pobres y otra para ricos<sup>8</sup>.

De las fuentes de financiamiento de los sistemas de salud, el gasto de bolsillo es la menos equitativa porque afecta en mayor proporción a los pobres quienes tienen las mayores necesidades en materia de salud y porque provoca tres problemas importantes: expone a las familias al riesgo de empobrecimiento por motivos de salud, desalienta la utilización de los servicios médicos en las familias que no tienen dinero para pagarlos<sup>9</sup> y porque el hecho mismo de estar enfermo merma la capacidad de generar ingresos y por tanto “el pago de bolsillo es justamente un sistema que le exige a la gente que pague cuando menos puede hacerlo”. El gasto de bolsillo también se constituye en una barrera de acceso a los servicios de salud y puede ser un generador de pobreza, dado que puede representar una porción importante de los ingresos de un hogar en un año, o incluso llevar a la des-inversión en activos productivos<sup>10</sup>.

Por lo anteriormente expuesto, surge el siguiente interrogante ¿Cuál es la composición y el valor del gasto de bolsillo en salud en usuarios hipertensos (278) atendidos de los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS en la zona urbana de San José Caldas durante el último mes?

## **2. OBJETIVOS:**

## **2.1 Objetivo general:**

Medir el gasto de bolsillo en salud en usuarios hipertensos del municipio de San José de Caldas (278) de los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS según sus condiciones clínicas y socioeconómicas, en San José (Caldas).

## **2.2 Objetivos Específicos:**

Describir las condiciones demográficas y socioeconómicas de la población objeto de estudio.

Describir las condiciones clínicas como presencia de daño en órgano blanco.

Determinar los componentes del gasto de bolsillo de los pacientes hipertensos según sus características clínicas.

Medir el gasto de bolsillo de los pacientes hipertensos según sus características clínicas.

Comparar el gasto de bolsillo en pacientes hipertensos según el régimen de afiliación al SGSS, las características sociodemográficas y clínicas.

Estimar un modelo del gasto de bolsillo en salud de las personas del programa de hipertensos de San José (278).

## **3. MARCO TEÓRICO**

Sin pérdida de generalidad, el gasto de bolsillo en salud podría definirse como aquellos pagos hechos por las personas para cuidar de su salud, incluyendo gasto preventivo y curativo, que no son cubiertos o reembolsados por un tercero. Por lo tanto incluye la compra de medicamentos y utilización de servicios que no están relacionados con mecanismos de seguro, los desembolsos realizados por los afiliados a algún sistema de aseguramiento (bonos, copagos, cuotas moderadoras) y el costo del transporte para ir al sitio de atención. Para proveer los bienes y servicios de salud, se utiliza una mezcla de cuatro fuentes de financiamiento: (i) impuestos generales; (ii) contribuciones obligatorias para seguridad social (pública o privada); (iii) contribuciones voluntarias a esquemas de aseguramiento privado formal o informal; y (iv) pagos directos de bolsillo.

Existe una clasificación que permite identificar los distintos componentes que conviven tras el rótulo de gasto de bolsillo. El primero de ellos dice relación con la forma tradicional de pago privado por servicios ofrecidos en forma privada, a lo que se ha llamado "**pagos de bolsillo puros**" o "pagos directos" que financian el 100% del precio de la prestación al momento de requerir atención de salud. Un ejemplo típico son los tradicionales pagos realizados por la compra de medicamentos y que no están relacionados con algún mecanismo de seguro.

Una segunda forma de gasto de bolsillo, corresponde a los pagos realizados como contribución adicional (formal o informal) al momento de utilización de servicios públicos financiados -por lo general- vía impuestos generales. Este grupo de clasificación tiene su más fiel representante en los típicos "pagos de los usuarios" en hospitales en muchos países, en los que los servicios públicos de salud poseen, en general, financiamiento vía arcas fiscales y donaciones externas. Dentro de este modelo, los *user fees* son establecidos como una forma de captura de fondos para los sistemas públicos fuertemente desfinanciados y en los que las donaciones representan una importante fracción del financiamiento. Este gasto del bolsillo que sólo cubre parcialmente el costo/precio del servicio, tiene como objetivo el incrementar el financiamiento del sistema y no actuar como contenedor de los riesgos de seguro que se mencionan en el próximo caso.

Una tercera clasificación es la de aquellos desembolsos realizados por los afiliados a algún sistema de aseguramiento -público o privado-, que buscan compartir los riesgos financieros del gasto en salud con el afiliado. Ejemplos típicos son los copagos y los deducibles. Al menos teóricamente, el principal objetivo de este tipo de mecanismos es contrarrestar problemas propios de los sistemas de seguro como es el riesgo Moral<sup>11</sup>.

También tienen efectos para evitar el crecimiento de los costos asociado a demanda innecesaria por prestaciones de salud (sofisticación tecnológica innecesaria, exámenes y pruebas diagnósticas no justificadas, uso de medicamentos de alto costo a pesar de existir sustitutos genéricos de menor precio, etc.).

Desgraciadamente la mayoría de la información disponible respecto a gasto en salud incluye la compra de seguros privados y las distintas formas de gasto de bolsillo en una sola categoría: "gasto privado de los hogares en salud"<sup>12</sup>

Por lo general, los pagos de bolsillo, se ordenan bajo los mecanismos de financiamiento de tipo privado, mientras que el *user fee* tiende a clasificarse como mecanismo de financiamiento público, debido principalmente, ya que los pagos de uso de servicios públicos son frecuentemente una fuente de ingresos para dicho sector.

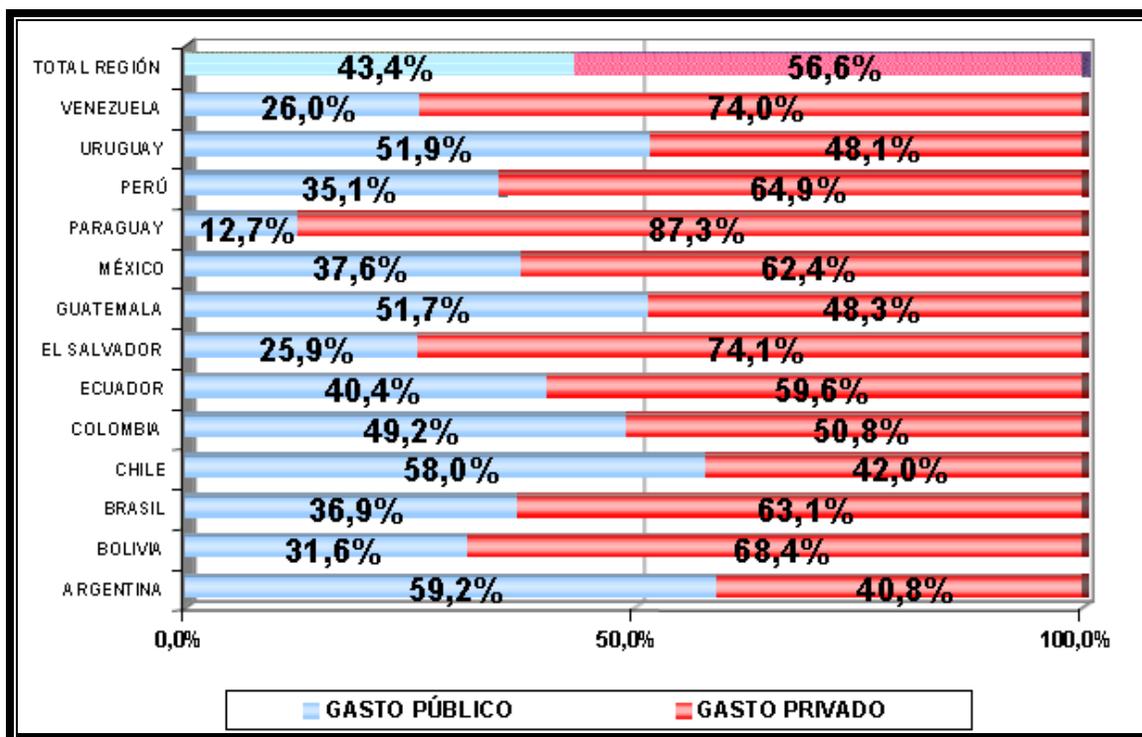
Sin embargo, desde una perspectiva de cuentas nacionales de salud estos son “pagos privados por servicios públicos” y no debieran tener consecuencias distintas a las generadas por los pagos a prestaciones otorgadas por prestadores privados puros.

Esta es otra fuente de error frecuente en el análisis de cuentas nacionales y de encuestas de gasto de hogares.

En la figura 1 se muestra para algunos países, la distribución del gasto total en salud entre el gasto público y el gasto privado. Como se observa en dicho gráfico, el gasto efectuado por los hogares en la región representó en alrededor del 57% del gasto nacional de salud, mientras que el gasto gubernamental representó el 43% restante<sup>13</sup>.

Figura 1

### Gasto de los hogares como porcentaje del gasto nacional en salud



**Fuente:** "Gasto Nacional y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa". OPS y OMS, Marzo 1994.

Esta desagregación del gasto para América Latina muestra que, a diferencia de lo percibido por los gobiernos de la mayor parte de los países de la región, el gasto efectuado por los hogares en muchos países, es la fuente de financiamiento más importante del gasto nacional en salud.

Los sistemas de salud son prestadores de servicios preventivos y curativos, que pueden provocar diferencias importantes en la salud de las personas. Sin embargo, el acceso a estos servicios pueden conducir a los individuos a gastar una proporción catastrófica de su ingreso disponible, y algunos hogares sean empujados a la pobreza. Más allá, debido a estos efectos negativos algunos hogares no acuden a los servicios de salud y sufren complicaciones en sus enfermedades.

El financiamiento equitativo de la salud es, junto con la buena salud y la capacidad de respuesta, una de las tres metas principales de los sistemas de salud. La equidad del financiamiento y la protección frente al riesgo financiero se basan en la noción de que cada hogar debe pagar una proporción equitativa dependerá de los criterios normativos de las personas sobre la manera de financiar los sistemas de salud. No obstante, en todos los países, la equidad del financiamiento abarca dos aspectos fundamentales: la mancomunación de los riesgos entre las personas sanas y las enfermas y la distribución del riesgo entre niveles de riqueza y de renta. La mancomunación significa que las contribuciones de quienes están sanos, permitan pagar la atención prestada a quienes caen enfermos, de modo que estos no tienen que soportar la doble carga de la enfermedad y del gasto financiero en atención de salud .

El concepto de distribución de riesgo, aunque emparentado, refleja la premisa de que la equidad no significa que todo el mundo contribuya por igual, independientemente de la renta o la riqueza, sino que contribuyan más quienes dispongan de más recursos financieros. En términos prácticos, asumir estos conceptos relacionados con la equidad del financiamiento es un paso necesario para evitar que los hogares sufran gastos catastróficos cuando uno de sus miembros enferma.

Proteger a las personas de la posibilidad de incurrir en gastos catastróficos y del subsiguiente empobrecimiento debido a gastos en salud, ha sido una preocupación constante de los tomadores de decisiones<sup>14</sup>.

Los desembolsos que las familias destinan a la salud, además de los precios que cobran los proveedores privados o de los copagos de seguros públicos y privados, bien pueden reflejar la disponibilidad de los recursos y servicios públicos, con lo cual indirectamente puede determinarse el grado de equidad en el acceso a los servicios de salud. La proporción que corresponde a los gastos en salud en el presupuesto familiar y su composición relativa, así como las comparaciones entre grupos de ingresos, ofrecen importante información sobre las opciones de gasto de los hogares<sup>15</sup>.

El gasto de los hogares en servicios de salud como porcentaje del total de gastos de consumo doméstico, representa los costos de la atención de salud solventados por las familias mediante gastos directos denominados también “gastos de bolsillo” o indirectos, que se refieren al pago de planes de atención médica prepagados, seguros médicos privados y contribuciones al seguro público (OPS, 2007b). Se estima que los pagos directos del propio bolsillo son una de las formas menos eficientes y menos justas de financiamiento de la salud y pueden acarrear el empobrecimiento de las familias<sup>16</sup>.

Otro aspecto del gasto de bolsillo en salud se refiere a los denominados gastos catastróficos: cuando la magnitud de la carga de gastos de bolsillo supera un límite determinado de la capacidad de gasto de las familias, se considera que los gastos son catastróficos. Por lo general, el límite se establece en el 40% de la capacidad de pago y esta clase de gastos puede “empobrecer” a las familias. Las restricciones de la protección social en salud se traducen en eventos de morbilidad graves, de carácter agudo o crónico (hipertensión, trasplante de riñón, VIH/SIDA), o en eventos pequeños pero recurrentes (bronquitis recurrente en un lactante) que pueden ocasionar elevados gastos de bolsillo; en consecuencia, ambos son potencialmente catastróficos. Los gastos catastróficos no necesariamente se relacionan con enfermedades de alto costo; su incidencia relativa no solo se relaciona con el estado de salud sino también con las características del aseguramiento. (Peticara, 2008)<sup>17</sup>.

La periodicidad del gasto, por ejemplo, debe relacionarse con el tipo de morbilidad: es el caso de las enfermedades crónicas, de alta incidencia también en la población de bajos recursos.

En los estudios sobre gasto de bolsillo en salud se ha pasado por alto un aspecto medular que emerge en la región, a saber, el gasto en salud reprimido. Por cierto, la ausencia de gasto en salud en los hogares puede obedecer a muy diversas razones, tanto positivas como negativas: una buena cobertura de salud mediante sistemas públicos o privados, ausencia de eventos de morbilidad en el periodo, precariedad de los ingresos del hogar y falta de acceso a crédito que impiden realizar gastos en episodios de morbilidad aun cuando carezca de cobertura adecuada<sup>18</sup>. Pero si un hogar tiene limitadas posibilidades de gasto por la última razón, no se observa el valor que expresaría su necesidad real de gasto en salud, y los motivos podrían depender del mismo conjunto de factores determinantes que el gasto de bolsillo en salud.

La importancia del gasto de bolsillo en salud varía bastante de un país a otro (ver en los siguientes cuadros). En algunos, la carga no es tan alta. La menor magnitud se registra en Bolivia, con el 4% mientras que en Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay se elevan aproximadamente al 5% en República Dominicana al 6% y en Ecuador al 7,4%, es mayor en Argentina, con el 8%, en Perú, con casi 9% y en Nicaragua, con el 10%. Entre los países

examinados, Honduras es, con creces, el que registra una carga más alta, de aproximadamente un 16% (Tabla 1 y Figura 2)

**Tabla 1.** Indicadores relacionados con el gasto de bolsillo en salud en hogares con y sin seguro médico

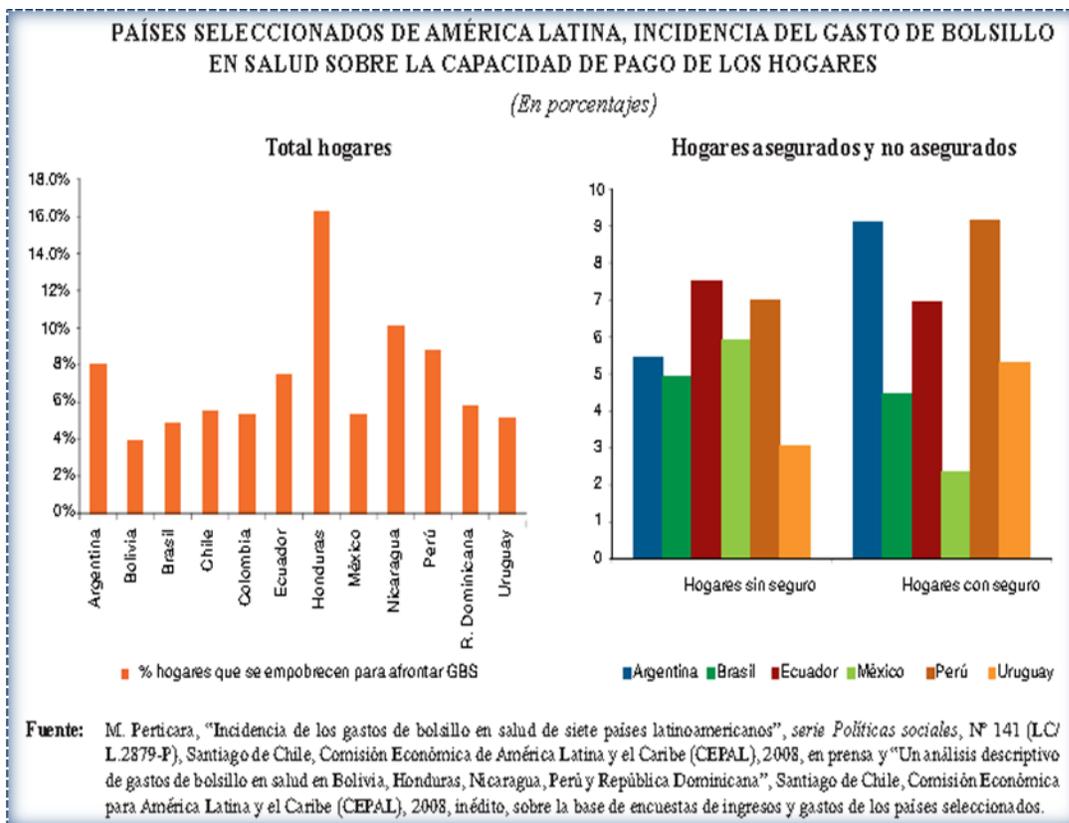
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): INDICADORES RELACIONADOS CON EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD, SEGÚN HOGARES CON Y SIN SEGURO MÉDICO												
	Argentina		Brasil		Ecuador		México		Perú		Uruguay	
	Hogares		Hogares		Hogares		Hogares		Hogares		Hogares	
	Sin seguro	Con seguro										
Ingreso per cápita total (como razón del ingreso medio total)	0,56	1,21	0,61	1,98	0,68	1,95	0,74	1,34	0,58	1,90	6,44	1,02
Capacidad de gasto/ingreso per cápita total	50,2	80,0	78,0	95,0	71,6	92,6	75,3	91,6	...	...	60,2	80,4
Gasto total/capacidad de gasto	181,9	98,1	128,6	131,7	98,4	62,5	128,7	88,9	159,8	118,3	157,6	108,8
Gasto en salud/gasto total	4,4	9,7	3,9	6,8	5,0	5,1	5,0	2,7	5,0	7,3	2,7	10,6
Costo cobertura médica/gasto en salud	1,7	32,9	3,9	46,9	0,0	1,9	1,6	1,9	...	...	1,0	57,0
Gasto de bolsillo en salud/gasto en salud	98,3	67,1	96,1	53,1	100,0	98,1	98,4	98,1	100,0	100,0	59,0	43,0
Gasto de bolsillo en salud/capacidad de pago	5,5	9,1	4,9	4,5	7,5	7,0	5,9	2,4	7,0	9,1	3,1	5,3
Distribución de hogares según cobertura	24,1	59,1	72,4	6,4	55,8	8,3	56,9	3,1	30,3	13,2	1,7	91,7
Porcentaje de hogares con gasto en seguro de salud												

Porcentaje de hogares con gasto de bolsillo cero en salud	62,7	45,3	24,3	14,7	7,7	7,8	23,7	38,8	25,4	11,6	52,1	26,1
Gasto de bolsillo en salud/capacidad de pago, hogares con gasto positivo	...	...	...	...	...	...	...	...	9,4	10,3	...	...
Porcentaje de hogares con gasto de bolsillo cero en salud, pero que gastan en seguro médico	0,6	15,2	0,2	11,3	0,0	0,0	0,2	0,0	...	...	0,0	18,4
Porcentaje de hogares cuya carga de gastos de bolsillo alcanza el 40%	3,4	6,5	0,6	0,3	1,8	1,6	2,0	0,3	2,7	2,2	0,0	0,5
Tasa de pobreza	30,9	6,5	6,0	0,1	12,2	1,9	6,3	0,0	15,5	7,4	122,4	1,6
Tasa de pobreza en hogares con gasto de bolsillo cero en salud	39,6	11,2	12,5	0,7	35,3	2,9	10,8	0,0	28,8	3,1	14,4	9,3
Porcentaje de hogares que se empobrecen tras afrontar gasto de bolsillo en salud	1,6	2,0	0,8	0,0	1,8	0,1	0,9	0,0	1,5	0,5	0,0	0,3

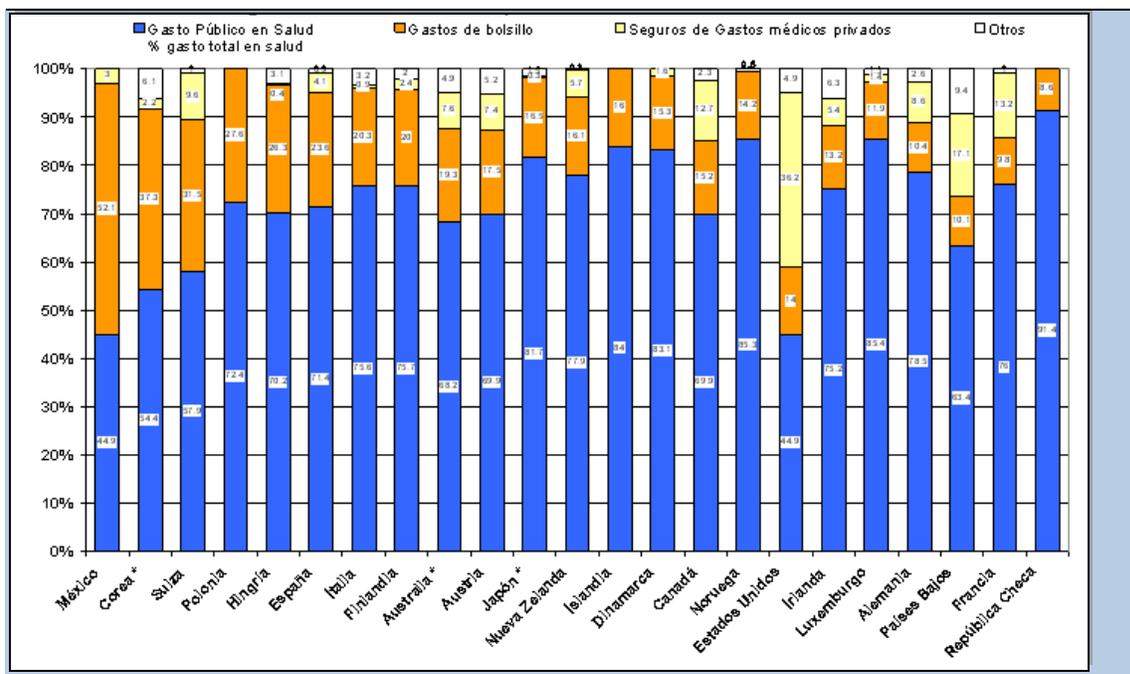
**Fuente:** M. Peticara, "Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos", *serie Políticas sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, en prensa y "Un análisis descriptivo de gastos de bolsillo en salud en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2008, inédito, sobre la base de encuestas de ingresos y gastos de los países seleccionados.

**Notas:** Ver períodos de realización de las encuestas en el cuadro V.1.  
 "Con seguro" se refiere a hogares en que todos sus miembros tienen algún tipo de seguro médico; "sin seguro", a hogares en que ninguno de los miembros cuenta con algún tipo de seguro.  
 Tres puntos (...) indican que los datos faltan, no constan por separado o no están disponibles.

**Figura 2.** Incidencia del gasto de bolsillo en salud sobre la capacidad de pago de los hogares



**Figura 3. Financiación de los servicios de salud**



Los países están ordenados con relación al gasto de bolsillo  
 Fuente: Tomado de Francesca Colombo y Howard Oxley ,

En cuanto al “empobrecimiento” que ocasiona su magnitud, en varios países la proporción de hogares que enfrentan gastos de salud no es tan elevada. Sin embargo, se destacan los efectos negativos en Honduras: el porcentaje de hogares empobrecidos casi quintuplica el del país con el registro menor.

En este sentido, algunos hallazgos muestran cómo la carga del gasto de bolsillo en salud se relaciona no sólo con la cobertura de los sistemas públicos de salud y con los precios que prevalecen en estos mercados, sino con los sistemas de seguro. En Argentina y Uruguay, el Estado presta servicios médicos directamente a la población de menores recursos y la cobertura del sistema de seguro social es relativamente amplia. Pero en estos países precisamente son los hogares con cobertura completa los que sobrellevan una carga mayor de gastos de bolsillo en salud y enfrentan tasas más altas de “empobrecimiento”, en circunstancias en las cuales tampoco el costo de su cobertura médica es menor<sup>19</sup>.

En Colombia se estimó el gasto de bolsillo en salud por medio de la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, a través de la metodología de la Política en Breve, y se encontró que el gasto anual de bolsillo asciende a 2.87%, 2,59% y 2,33% como proporción del PIB para los años 2008, 2010 y 2011, respectivamente.

En general, toda estimación basada en encuestas está sujeta a errores muestrales y sesgos de recordación (la capacidad de los individuos para recordar con precisión el gasto). Con el fin de estimar el sesgo muestral se calculan intervalos de confianza (ver siguiente tabla). Verificar sesgos de recordación es más difícil y sólo se puede hacer comparando con registros administrativos. Desafortunadamente, no existen fuentes de datos administrativas para verificar los componentes de gasto del bolsillo. La siguiente mejor alternativa es comparar otros gastos (no de bolsillo) de salud incluidos en la Encuesta de calidad de vida (ENCV) con datos administrativos. En particular, la ENCV incluye una pregunta sobre el valor aportado mensualmente como contribución al Sistema de Salud que hacen las personas afiliadas a los regímenes Contributivo y Especial. Este dato puede ser comparado con lo reportado por el FOSYGA por este mismo concepto.

En la tabla 2a se resume lo hallado en Cartagena de Indias. Como se puede observar a medida que aumenta la escala de la condición laboral, disminuye la participación del gasto privado en salud en el ingreso de los hogares. Desafortunadamente los autores no han publicado la metodología utilizada, lo cual impide investigar qué tanto de la diferencia observada se debe a diferencias metodológicas o de fuentes de datos.

En el análisis de la carga financiera que estas contribuciones representan para los hogares han sido planteados dos enfoques que pudieran ser complementarios. El primero define un gasto en salud como catastrófico cuando este sobrepasa una proporción definida del ingreso o consumo disponibles del hogar, para lo cual se han utilizado diversos puntos de corte; estos van desde 20 a 40%, las limitaciones de este enfoque se mencionarán en la discusión.

Los estratos socioeconómicos más bajos destinan una mayor proporción de sus ingresos a gastos de bolsillo para atender demandas en salud (tabla 2b). Sin embargo, dicho gasto varía muy poco entre los distintos servicios de salud, (Tabla 2c). El gasto en medicamentos, es en promedio 52,4 % (I.C 95 % 38,7 - 66,0), del gasto privado total de cada hogar, siendo los estratos más bajos los que poseen un porcentaje de gasto mayor en este rubro. El segundo lugar lo ocupa el gasto en hospitalización y cirugía con el 11 % dentro del gasto total, encontrándose los estratos 4 y 6 (16 %) por encima de dicho promedio. El gasto privado en consulta médica solo abarca un 9 % del gasto total; Se destaca el comportamiento del estrato 6, el cual destina mayores recursos a la consulta médica que los estratos más bajos. Un aspecto a resaltar es el gasto en pago de seguros médicos privados, el que solo los estratos más altos están en capacidad de adquirir (13, 11 y 11 % para los estratos 4, 5 y 6 respectivamente).

La escolaridad del jefe del hogar estuvo asociada inversamente con el gasto privado como proporción del ingreso. Los porcentajes más altos se encuentran en niveles de escolaridad bajos (42 % y 32 % en primaria completa e incompleta respectivamente). Al hacer la diferencia de medias entre los grupos extremos según la escolaridad, los resultados muestran que existen diferencias significativas ( $p=0,046$  y  $0,002$ ) en la participación del gasto privado en salud como proporción del ingreso<sup>20</sup>.

**Tabla 2 a:**

Proporción del gasto trimestral en salud sobre el ingreso trimestral de los hogares, según condición laboral de los jefes de hogar encuestados. Cartagena de Indias 2004			
Ocupación	Promedio de gasto en salud (trimestral)	Ingreso corriente (trimestral)	% del gasto
Desempleado	334 981	877 778	38,1
Trabajador independiente	343 834	1 387 912	24,7
Jubilado	585 715	2 847 945	20,5
Trabajador asalariado	456 897	2 452 941	18,6
Total general	418 792	1 912 500	21,9

Fuente: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a03.pdf>

**Tabla 2b:**

Proporción del gasto privado trimestral en salud en el ingreso trimestral. Cartagena de Indias 2004				
Variables	N	Media de gasto Trimestral	Media de ingreso trimestral	% del gasto
<b>Estrato Socioeconómico</b>				
Estrato SE (1)	96	271 026	706 250	38,38
Estrato SE (2)	119	411 130	1 318 487	31,18
Estrato SE (3)	100	311 893	2 448 000	12,74
Estrato SE (4)	31	742 200	3 512 903	21,13
Estrato SE (5)	19	786 895	3 742 105	21,03
Estrato SE (6)	19	897 263	4 468 421	20,08
<b>Total</b>		<b>418 792</b>	<b>1 912 500</b>	<b>21,90</b>
<b>Afiliación al SGSSS</b>				
Sin Afiliación	92	339 222	939 130	36,1
Afil. Régimen Subsidiado	59	158 966	594 915	26,7
Afil. Régimen Contributivo	233	509 913	2 630 472	19,3
<b>Escolaridad del jefe de hogar</b>				
Sin Escolaridad	11	100 727	572 727	17,5
Primaria Incompleta	23	302 239	952 173	31,7
Primaria completa	65	478 869	1 140 000	42,0
Secundaria Incompleta	64	285 351	1 368 750	20,8
Secundaria completa	79	412 734	1 705 063	24,2
Técnico	71	455 533	2 395 774	19,0
Universitario	59	466 659	3 198 305	14,5
Postgrado	12	788 916	4 250 000	18,5

Fuente: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a03.pdf>

**Tabla 2c:**

**Gasto privado de bolsillo (%) en los distintos servicios de salud de los hogares. Cartagena de Indias 2004**

Variable	Medica -mentos	Hospitaliza -ción y cirugía	Consulta medica	Laborato- rio clínico
<b>Estrato Socioeconómico</b>				
Estrato SE (1)	60	11	5	11
Estrato SE (2)	67	11	10	5
Estrato SE (3)	63	8	12	7
Estrato SE (4)	48	16	10	6
Estrato SE (5)	58	5	0	16
Estrato SE (6)	47	16	11	0
<b>Afiliación al SGSSS</b>				
Sin Afiliación	65	6	6	7
Afil. Régimen Subsidiado	54	11	8	13
Afil. Régimen Contributivo	61	12	9	6
<b>Escolaridad del jefe de hogar</b>				
Sin Escolaridad	54	9	9	18
Primaria Incompleta	56	17	8	13
Primaria completa	63	15	6	10
Secundaria Incompleta	71	4	6	9
Secundaria completa	67	7	10	2
Técnico	52	12	16	4
Universitario	57	10	3	10
Postgrado	50	16	8	0
<b>Condición laboral del jefe de hogar</b>				
Desempleado	44	3	11	25
Trabajador independiente	58	9	10	8
Jubilado	73	12	6	0
Trabajado dependiente	61	12	6	5

Fuente: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a03.pdf>

El segundo enfoque define un gasto en salud como empobrecedor cuando este desplaza a un hogar por debajo de la línea de pobreza (LP), o bien, profundiza su pobreza si es que ya se encontraba por debajo de esta línea. Este enfoque toma en cuenta cualquier monto de gasto en salud que hace que se empobrezcan los hogares independientemente de si sobrepasa o no la definición de Gasto catastrófico GC<sup>21</sup>. El problema de este enfoque radica en la medición misma de lo que es pobreza y, por lo tanto, en qué nivel ubicar la línea de pobreza.

El gasto en salud se reconoce como una inversión en capital humano ya que permite que las personas alcancen una calidad de vida adecuada y contribuye al crecimiento económico de las naciones. Sin embargo, el gasto privado (de bolsillo) es la forma más inequitativa de financiar servicio de salud, porque la atención médica está en función de la capacidad de pago y no de las necesidades de la salud de las familias, ya que al momento de enfermar una persona, no podrá ni negociar efectivamente el precio del servicio que recibirá, ni elegir el de mejor calidad<sup>22</sup>

A continuación, se analiza la importancia de los recursos que destinan las familias para obtener bienes y servicios médicos con relación al gasto en salud total. Esto es, el gasto que realizan

los hogares, entendiendo por este, todos los componentes del gasto de bolsillo definido previamente. Todo esto se ha llamado también "gasto privado en salud" aun cuando en algunos países se incluyen como gasto privado las cotizaciones obligatorias administradas por entidades privadas. Su complemento es el llamado "gasto público" que está conformado por las contribuciones que provienen de impuestos generales, los aportes que realizan los gobiernos locales y municipales y por las contribuciones de la seguridad social destinadas a programas médicos y a programas específicos como la atención maternal.

La información actualizada, respecto a la composición por fuentes de financiamiento del gasto según las fuentes de financiamiento, es escasa y poco sistematizada. El principal problema de información se presenta con la medición de los aportes de base de encuestas nacionales de presupuestos familiares de ingresos y gastos y de encuestas familiares sobre las condiciones de vida de los hogares<sup>23</sup>.

En recientes estudios, como el realizado por Torres y Knaul (2003) se analizó el gasto de bolsillo en salud en México y los principales factores asociados que conducen a que dicho gasto sea catastrófico para las familias (mayor a 30 % del gasto total menos el gasto en alimentos). Entre los resultados, se encuentra el hecho de haber identificado el acceso a la seguridad social como un determinante significativo que se relaciona de forma negativa con el hecho de que las familias financien sus necesidades de salud de su propio bolsillo<sup>24</sup>.

Otro estudio, en donde se analiza el modelo de Grossman, considerado por muchos, como la innovación teórica más importante en economía de la salud de los últimos años, comenta la importancia sobre la demanda de cuidados médicos y su positiva correlación con el salario, porque cuanto mayor es éste: i) mayor es el menoscabo en la renta como consecuencia de los días perdidos por enfermedad y ii) mayor es el costo de oportunidad del tiempo dedicado a producir salud con otros inputs alternativos al sistema sanitario: por ejemplo durmiendo o descansando más<sup>25</sup>.

Pese a la intención de los gobiernos latinoamericanos de garantizar acceso universal a la salud de la población, un número significativo de personas (al menos el 20%) quedan excluidos del acceso a la protección social en salud. En efecto, y a modo de ejemplo, en Bolivia, Ecuador y Paraguay alrededor del 30% de la población no recibe atención en forma regular, porcentaje que alcanza al 44% en Guatemala. La dificultad de acceso de estos grupos obedece adicionalmente una serie de factores tales como a la falta de oferta, a factores culturales - grupos indígenas que en gran medida recurren a medicina tradicional-, inaccesibilidad económica, geográfica -comunidades principalmente rurales alejadas de los

centros de atención-, y a restricciones funcionales que se analizan en otros documentos elaborados<sup>26</sup>.

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, otros impuestos o cotizaciones y desembolsos realizados por los hogares que comprenden pagos directos y pagos por concepto de primas de seguros privados. Los sistemas de financiamiento de la protección y seguros sociales cumplen una función crucial en la salud de la población y debe tenerse presente que en la región el mercado de trabajo no ha demostrado tener capacidad incluyente, sea en términos de creación de empleos de calidad o en términos contributivos (CEPAL, 2006 y 2007a)<sup>27</sup>.

El análisis de las fuentes de financiamiento y del gasto del sector de la salud es un tema relevante por su impacto no solo en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, sino también en el acceso que efectivamente la población puede lograr. El análisis de la composición de las fuentes de financiamiento y su comparación con el acceso diferencial a los servicios de salud por los distintos grupos de población permite extraer conclusiones sobre el grado de equidad financiera del sistema<sup>28</sup>.

Con base en lo anterior se afirma que la inequidad del financiamiento a través de los gastos de bolsillo puede ser vista desde dos perspectivas:

1. La exposición de las familias a gastos imprevistos y onerosos para hacer frente a costos inesperados, los que deben ser pagados en el momento de la utilización del servicio.
2. La imposición de pagos regresivos, es decir, que las personas de menor capacidad contributiva pagan proporcionalmente más que las personas de mayor capacidad.

Desde el enfoque de la eficiencia distributiva de la atención preventiva, el predominio del gasto de bolsillo también genera efectos negativos, ya que rompe con la solidaridad financiera que permite que las personas enfermas y de escasos ingresos se beneficien de las contribuciones de las personas sanas y de mayores recursos. Asimismo, rompe con el principio básico de justicia financiera en salud, que indica que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud<sup>29</sup>.

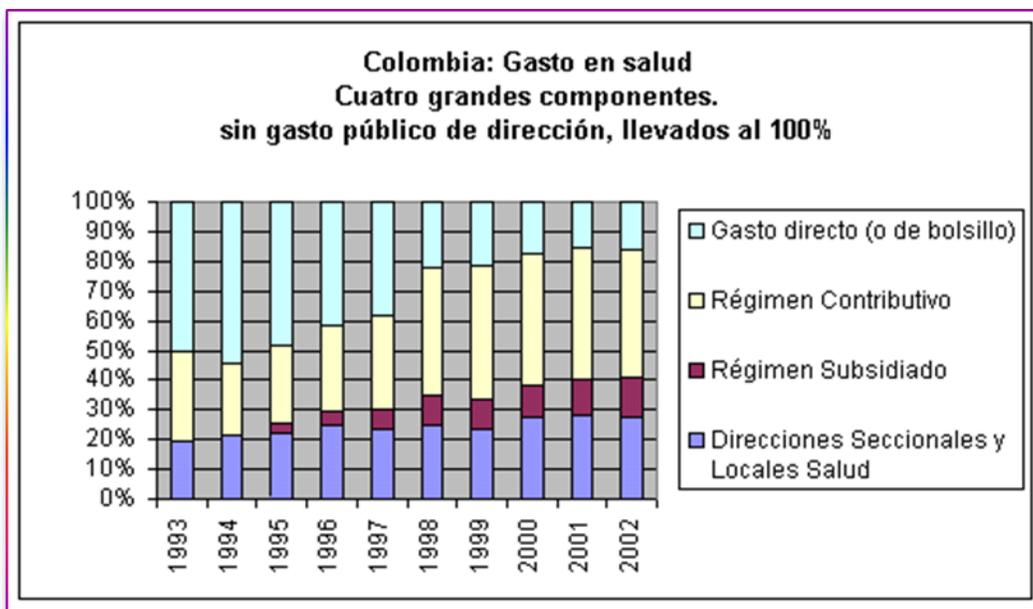
En Colombia, el Grupo Cendex analizó el uso y gasto en salud a través de un monitoreo de cerca de 6.000 familias durante más de un año en cuatro ciudades. Ellos encontraron una

asociación entre el gasto de bolsillo y variables como: el ingreso familiar, el tipo de afiliación al sistema de seguridad social y tipo de servicios utilizados<sup>30</sup>.

En forma similar, el estudio realizado en la ciudad de Cartagena de Indias con el objetivo de medir el gasto de bolsillo en salud en las familias y observar sus relaciones con el grado de escolaridad del jefe del hogar, su vinculación a la actividad laboral, su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS y estrato socioeconómico al que pertenece el hogar, mostró esta relación<sup>31</sup>.

Uno de los mayores logros del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- en Colombia, fue haber ampliado la cobertura de aseguramiento a más de la mitad de la población, lo que ha impactado positivamente en una reducción gradual del gasto de bolsillo en la atención médica, situación demostrada mediante cálculos realizados por el Departamento Nacional de Planeación. (Ver figura 4). Sin embargo existe controversia al respecto.

#### **Figura 4**



Fuente: Gasto en salud se redujo en 1,5%  
<http://www.saludcolombia.com/actual/salud75/informe.htm>

Por ejemplo, el estudio realizado por O'Meara y colaboradores, en las ciudades de Bogotá D. C., Manizales, Campoalegre y Palermo, concluyó que en el país si bien hubo una reducción gradual de este gasto desde la implementación del SGSSS en 1994, persisten “*diferencias muy importantes en el gasto de bolsillo y en el acceso a los servicios de salud entre la población asegurada y la no asegurada*”, pues a pesar de que el consumo de servicios de salud fue mayor en personas afiliadas al régimen contributivo, el gasto de bolsillo fue de sólo el 2%; mientras que en personas de menores ingresos (régimen subsidiado y pobres no asegurados), a pesar de tener un menor consumo, el gasto de bolsillo fue mayor: 6%<sup>32</sup>.

En similar sentido lo muestran dos estudios recientes. Se indagaron el gasto de bolsillo en salud en Colombia, calculando la diferencia entre el coeficiente Gini de concentración del ingreso y el coeficiente de concentración del pago del servicio, para construir un indicador de progresividad del gasto de bolsillo en salud (índice de Kakwani) y aunque los resultados difieren, ambos coinciden en el carácter regresivo porque los pagos directos promedio han aumentado para los hogares del quintil más pobre o porque la regresividad ha retornado a los niveles de 1993.

Estos resultados representan una profundización de la inequidad en el derecho a la asistencia sanitaria. Hoy precisamente cuando los índices de pobreza y desempleo alcanzan cifras aberrantes, la población pobre que más se enferma, es la que paga más por recibir menos servicios<sup>33</sup>.

### 3.1 DEFINICIONES Y VARIABLES

#### Gasto de bolsillo en salud:

Los gastos de bolsillo en salud son los pagos realizados con recursos propios de las personas, en el momento de acceder a la prestación de los servicios, independientemente de su condición de afiliados o no al sistema, e incluye lo correspondiente a copagos, cuotas moderadoras o de recuperación y todos los demás pagos directos relacionados con la atención recibida en salud.

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. Por considerarlo de importancia en este grupo poblacional fueron incluidos los gastos de transporte y la alimentación generados en proceso de acceder a los servicios de salud<sup>34</sup>.

#### 3.2 VARIABLES:

Variable	Tipo de variable	Operacionalización	Indicador
Edad	Cuantitativa – escala de razón	Años cumplidos	Promedios y desviación estándar
Sexo	Cualitativa – Escala Nominal	Masculino y femenino	Porcentaje
Composición del gasto de bolsillo	Cuantitativa – Escala de razón	Pesos colombianos empleados en el pago de servicios médicos.	Promedios desviación estándar
		Pesos colombianos empleados en transporte y alimentación	
Gastos mensuales en la atención a la hipertensión arterial	Cuantitativa-Escala de razón	Cantidad de gastos en miles de pesos mensuales	Promedio, desviación estándar
Hipertensión arterial	Cuantitativa-Escala ordinal	Severidad de las cifras de la presión arterial	Porcentaje
Afiliación al SGSSS	Cualitativa-Escala nominal	Régimen de salud al cual pertenece el paciente: Contributivo o Subsidiado	Porcentaje
Escolaridad	Cuantitativa-Escala ordinal	Nivel máximo de escolaridad logrado por el paciente	Porcentaje

Ocupación	Cualitativa-Escala nominal	Labor que desempeña	Porcentaje
Composición familiar	Cuantitativa-Escala intervalo	Número de personas que viven en el hogar	Porcentaje
Estrato socioeconómico	Cuantitativa-Escala ordinal	Estrato socioeconómico del lugar de residencia de los últimos dos años	Porcentaje
Procedencia	Cualitativa-Escala nominal	Ubicación de hogar	Porcentaje
Ingresos en el hogar	Cuantitativa-Escala de razón	Total de ingreso económico familiar mensual	Promedios, desviación estándar.

#### 4. ESTRATEGIA METODOLOGICA:

##### 4.1 ENFOQUE.

Se realizó una investigación con enfoque empírico analítico dado el interés de describir el gasto de bolsillo dedicado a la atención pacientes hipertensos, según características socioeconómicas y clínicas, y la relación de este con los ingresos mensuales.

##### 4.2 TIPO DE ESTUDIO

El diseño del estudio fue descriptivo porque compara la composición del gasto en salud de un grupo de pacientes hipertensos del municipio San José de Caldas (278). Además establece la relación entre el gasto de bolsillo en salud de usuarios hipertensos y los ingresos mensuales a través de un modelo econométrico que estima la propensión marginal al consumo en salud.

##### 4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

**4.3.1 Población y muestra:** la muestra estuvo constituida por 278 usuarios hipertensos de los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS registrados en la institución hospitalaria San José-San José Caldas. Según el censo municipal, el Municipio de San José tiene en la presente vigencia un total de 5.045 habitantes, de los cuales 1.256 son de la cabecera y el resto, o sea, 3.789 de la zona rural.

##### 4.3.2 Criterios de inclusión

1. Personas hipertensas registrados en la Institución Hospitalaria San José Caldas. Caldas

2. Personas mayores de 18 años.
3. Personas residentes en San José.
4. Personas que acudan al servicio de salud en el último mes.

#### **4.3.3 Fuentes de información**

Primarias: Encuestas aplicadas en usuarios hipertensos de los regímenes contributivo y subsidiado, que den cuenta de variables sociodemográficas y relacionadas con gasto de bolsillo.

Secundarias: Base de datos de usuarios hipertensos registrados, durante el último mes, en el Hospital San José de San José de Caldas.

#### **4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información**

**4.4.1 Técnicas:** se utilizaron en la investigación observación directa e indirecta

#### **4.4.2 Instrumentos**

**Encuesta:** a través de una encuesta se obtuvo información de las variables: Componentes gasto de bolsillo en salud, gastos mensuales en la atención a la hipertensión arterial, hipertensión arterial, afiliación al SGSSS, sexo, edad, escolaridad, ocupación, composición familiar, estrato socioeconómico, procedencia, ingresos en el hogar. (Anexo 1).

Previo a la aplicación de la encuesta se realizó una prueba piloto con el fin establecer la validez del instrumento y calibrar a los encuestadores para su diligenciamiento. Igualmente permitió cuantificar los costos requeridos para el proceso de recolección de la información.

**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. Esta información se registró en una matriz diseñada para tal fin. (Anexo 2)

#### **4.4.3 PLAN DE ANÁLISIS**

La información recolectada se procesó en el paquete estadístico SPSS Versión 19 y se analizó de la siguiente manera:

Variables cualitativas: Cálculo de proporciones y distribución de frecuencias.

Variables cuantitativas. Promedios, desviación estándar e intervalos de confianza.

Se realizó análisis bivariado para mostrar las proporciones de HTA según edad, sexo, afiliación, daño en órgano blanco, escolaridad, ocupación.

Para las variables ingresos mensuales y egresos se calcularon promedios, desviaciones estándar.

Para establecer la dependencia entre las variables, se utilizó la prueba de Chi 2.

Se realizó, mediante regresión lineal, el modelo que explica la composición del gasto de bolsillo en función de las variables del estudio. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

## 5. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación realizada en 278 pacientes hipertensos del municipio de San José Caldas. En primer lugar se presentaran las características sociodemográficas y clínicas; posteriormente lo referente a los resultados del gasto de bolsillo.

### **Características de la población en la cual se realizó el estudio Sociodemográficas**

**Sexo:** Femenino = 190 (68,3%), Masculino = 88 (31,7%).

**Procedencia:** Rural = 71 (25,5%), Urbano = 207 (74,5%).

**Estrato:** Estrato 1 = 69 (24,8%), Estrato 2 = 181 (65,1%), Estrato 3 = 28 (10,1%).

**Nivel educativo:** Ninguno = 36 (12,9%), Primaria = 122 (43,9%), Secundaria = 95 (34,2%), Tecnología = 23 (8,3%), Universitaria = 2 (0,7%).

**Régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad social:** Contributivo =24,2% y Subsidiado= 74,8%

### **Características clínicas**

De los 278 pacientes estudiados 54 o sea el 19,4% presentaron lesión en órgano blanco. A continuación se presenta el comportamiento de las diferentes variables incluidas en el estudio, según afectación de órgano blanco.

Las personas más afectadas por lesión en órgano blanco fueron las mujeres.

### **Tabla 1**

#### **Distribución de pacientes con lesión en órgano blanco según género**

		Genero		Total	
		F	M		
Afectación Órgano Blanco	No	Recuento	154	70	224
		% dentro de Afectación O. Blanco	68.8%	31.3%	100.0%
Si	Recuento	36	18	54	
	% dentro de Afectación O. Blanco	66.7%	33.3%	100.0%	
Total	Recuento	190	88	278	
	% dentro de Afectación O. Blanco	68.3%	31.7%	100.0%	

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

Con un Chi cuadrado de 0,087 y un valor de  $p=0.7$  no se encontró dependencia entre el sexo y la presencia de lesión en órgano blanco. Tampoco se encontró relación entre esta y la edad (Chi2 44,81  $p=0,714$ )

La relación entre la lesión de órgano blanco y el nivel educativo se analizó a través de la prueba de Chi 2 (tabla 3)

**Tabla 2**

**Distribución de los pacientes según lesión en órgano blanco y el nivel educativo**

			Nivel educativo					Total
			Ningun a	Primari a	Secunda ria	Tecnolog ía	Universita ria	
Afectación Órgano Blanco	No	Recuento	32	98	75	18	1	224
		% dentro de Afectación O. Blanco	14.3%	43.8%	33.5%	8.0%	.4%	100.0%
		% dentro de Nivel Ed.	88.9%	80.3%	78.9%	78.3%	50.0%	80.6%
Si	Recuento	4	24	20	5	1	54	
	% dentro de Afectación O. Blanco	7.4%	44.4%	37.0%	9.3%	1.9%	100.0%	

	% dentro de Nivel Ed.	11.1%	19.7%	21.1%	21.7%	50.0%	19.4%
Total	Recuento	36	122	95	23	2	278
	% dentro de Afectación O. Blanco	12.9%	43.9%	34.2%	8.3%	.7%	100.0%
	% dentro de Nivel Ed.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

El mayor porcentaje de pacientes no presenta lesión en órgano blanco y su nivel educativo se encuentra entre primaria y secundaria. Con un Chi2 de 3,02 y p=0,553 no se observó relación entre estas dos variables. De manera similar no se observó relación estadísticamente significativa entre la presencia de lesión en órgano blanco y la ocupación

Por estrato el mayor número de pacientes con afectación en órgano blanco se encontró en el estrato dos (Tabla 3)

**Tabla 3**

**Distribución de pacientes según afectación órgano blanco y estrato.**

		Estrato			Total
		1	2	3	
Afectación Órgano No Blanco	Recuento	59	142	23	224
	% dentro de Afectación O. Blanco	26.3%	63.4%	10.3%	100.0%
Si	Recuento	10	39	5	54
	% dentro de Afectación O. Blanco	18.5%	72.2%	9.3%	100.0%
Total	Recuento	69	181	28	278
	% dentro de Afectación O. Blanco	24.8%	65.1%	10.1%	100.0%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

Para establecer la relación entre el estrato y la lesión en órgano blanco se calculó el valor de Chi2 de 1.63, con una significancia de p=043 no se observó relación entre estas dos variables.

En la tabla 4 se observa la distribución de los pacientes según afectación de órgano blanco y estado de salud.

**Tabla 4**

**Distribución de pacientes según lesión en órgano blanco y estado de salud.**

			Estado Salud			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Afectación Blanco	O. No	Recuento	0	0	224	224
		% dentro de Afectación O. Blanco	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	Si	Recuento	5	20	29	54
		% dentro de Afectación O. Blanco	9.3%	37.0%	53.7%	100.0%
Total		Recuento	5	20	253	278
		% dentro de Afectación O. Blanco	1.8%	7.2%	91.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

Con un valor de Chi cuadrado de 113,95 y un  $p=000$  se observó relación altamente significativa entre la presencia de lesión en órgano blanco y el estado de salud. El estado de salud bueno se presenta en mayor proporción en los pacientes sin lesión en órgano blanco.

La lesión en órgano blanco y su relación con la severidad de la hipertensión también fue analizada. Estos datos se presentan en la tabla 5.

**Tabla 5**

**Distribución de pacientes según lesión en órgano blanco y severidad de la hipertensión**

			Severidad			Total
			E1	E2	E3	
AfectaciónTBlanco	No	Recuento	47	151	26	224
		% dentro de Afectación O. Blanco	21.0%	67.4%	11.6%	100.0%
	Si	Recuento	6	35	13	54
		% dentro de Afectación O. Blanco	11.1%	64.8%	24.1%	100.0%

Total	Recuento	53	186	39	278
	% dentro de Afectación o. Blanco	19.1%	66.9%	14.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

La mayor parte de los pacientes con lesión en órgano blanco se ubicaron en los grados 2 y 3 de severidad. Este mismo resultado se observó en los pacientes sin lesión. Sin embargo una mayor proporción de pacientes con lesión en órgano blanco se encontró en el estadio 3 de severidad. Con un Chi2 de 7,88 y un  $p=0,029$  hay dependencia entre la lesión en órgano blanco y la severidad de la hipertensión arterial.

Los resultados obtenidos del análisis de la relación entre la lesión en órgano blanco y el control de la hipertensión arterial se observa en la tabla 6.

**Tabla 6**

**Distribución de pacientes según lesión en órgano blanco y control de la hipertensión arterial.**

			Control HTA		Total
			No	Si	
Afectación O. Blanco	No	Recuento	8	216	224
		% dentro de Afectación O. Blanco	3.6%	96.4%	100.0%
	Si	Recuento	6	48	54
		% dentro de Afectación O. Blanco	11.1%	88.9%	100.0%
Total		Recuento	14	264	278
		% dentro de Afectación O. Blanco	5.0%	95.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

Puede observarse que la Hipertensión Arterial controlada se relaciona con una proporción mayor de pacientes sin afectación de órgano blanco. La significancia de esta relación es estadísticamente significativa (Chi2 5,17;  $p=0,023$ ).

La relación entre la lesión de órgano blanco y otras variables se presentan a continuación. La incapacidad con relación a la presencia de lesión en órgano blanco se observa en la tabla 7.

**Tabla 7****Distribución de la lesión en órgano blanco y la incapacidad**

			Incapacidad		Total
			No	Si	
Afectación Blanco	O. No	Recuento	224	0	224
		% dentro de Afectación	100.0%	.0%	100.0%
		O. Blanco			
		% dentro de Incapacidad	81.8%	.0%	80.6%
	Si	Recuento	50	4	54
		% dentro de Afectación	92.6%	7.4%	100.0%
	O. Blanco				
	% dentro de Incapacidad	18.2%	100.0%	19.4%	
Total		Recuento	274	4	278
		% dentro de Afectación	98.6%	1.4%	100.0%
		O. Blanco			

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

Se observa que los pacientes que no tienen lesión en órgano blanco no han presentado incapacidad. Esta sólo se observó en pacientes con afectación de órgano blanco pero en un porcentaje bajo. En general la incapacidad es muy baja en ambos grupos.

**Resultados del análisis del gasto de bolsillo: Composición del gasto de bolsillo**

Para determinar la composición del gasto de bolsillo se incluyeron todos los servicios de salud que debían ser pagados por el paciente; se incluyeron transporte y alimentación que son dos rubros que pueden limitar el acceso a los servicios de salud por parte de personas que viven en el área rural del municipio.

En la tabla 8 se muestra el promedio de los ingresos de todos los pacientes y el valor de los gastos ocasionados por diferentes rubros.

**Tabla 8****Valores promedio, desviación estándar del gasto de bolsillo por rubros.**

	N	Media	Desv. típ.
--	---	-------	------------

	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Total transporte	278	\$8,208.99	\$20,529.706
Total otros	278	\$4,249.64	\$31,969.843
Servicios dentales	278	\$2,985.61	\$31,235.448
Consulta Médica	278	\$2,806.83	\$5,255.637
Otros profesionales en salud	278	\$2,573.74	\$11,571.741
Total Comida	278	\$1,368.71	\$4,597.503
Ortopedia	278	\$1,100.72	\$10,903.114
Exámenes Imágenes	278	\$875.90	\$5,586.526
Anteojos o lentes	278	\$685.25	\$5,902.857
Audífonos	278	\$589.93	\$5,677.637
Homeopatías	278	\$579.14	\$4,034.937
Medicina alternativa	278	\$532.37	\$4,481.494
Exámenes laboratorio	278	\$448.92	\$1,927.208
Medicamentos	278	\$429.50	\$2,049.107
Insumos	278	\$118.71	\$889.333
Atención hospitalaria	278	\$100.72	\$1,233.088
Hospitalización domiciliaria	278	\$0.00	\$0.000

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

Al observar los valores de la desviación típica se puede apreciar que su valor en la mayoría de los casos es superior al de la medida de tendencia central, evidenciándose la posible existencia de asimetrías y curtosis en la distribución de las variables consideradas en el estudio. Aunque los valores promedio sean relativamente bajos, pueden existir algunas condiciones anómalas en la distribución del gasto de bolsillo que las personas debían invertir para su salud.

La totalidad de las variables consideradas presenta la condición de que la distribución de los datos es asimétricamente positiva (todos los estadísticos de asimetría  $> 0$ ), ya que los valores se tienden a reunir más en la parte izquierda que en la derecha de la media, es decir que son muchos más frecuentes los datos menores a la medida de tendencia central en relación a las variables que componen el gasto de bolsillo en los diferentes rubros.

Teniendo en cuenta lo anterior, al analizar los diferentes rubros de gastos de bolsillo, se observó que los mayores promedios corresponden a transporte y consulta médica y servicios dentales.

Uno de los factores que mayor peso puede tener en el gasto de bolsillo es la presencia de lesión en órgano blanco. La presencia de lesión en órgano blanco implica un mayor compromiso en la salud de las personas y puede representar una causa de mayor gasto de bolsillo. Los promedios de gasto de bolsillo y su desviación estándar, discriminados según lesión en órgano blanco, se presentan en la tabla 9.

**Tabla 9**

**Valores promedio, desviación estándar del gasto de bolsillo según presencia de lesión en órgano blanco. 2012**

	Lesión de órgano blanco	N	Media	Desviación tío.
Consulta médica	No	224	\$2,313.84	\$4,347.118
	Si	54	\$4,851.85	\$7,717.677
Medicina alternativa	No	224	\$.00	\$.000
	Si	54	\$2,740.74	\$9,939.791
Insumos	No	224	\$26.79	\$298.271
	Si	54	\$500.00	\$1,890.892
Medicamentos	No	224	\$419.20	\$2,041.879
	Si	54	\$472.22	\$2,097.655
Homeopatías	No	224	\$419.64	\$3,908.456
	Si	54	\$1,240.74	\$4,501.300
Exámenes laboratorio	No	224	\$304.91	\$1,679.158
	Si	54	\$1,046.30	\$2,663.996
Exámenes imágenes	No	224	\$111.61	\$1,670.383
	Si	54	\$4,046.30	\$11,775.522
Servicios dentales	No	224	\$3,000.00	\$33,196.926
	Si	54	\$2,925.93	\$21,501.077
Otros profesionales en salud	No	224	\$245.54	\$3,674.842
	Si	54	\$12,231.48	\$22,914.672
Anteojos o lentes	No	224	\$.00	\$.000
	Si	54	\$3,527.78	\$13,110.710
Audífonos	No	224	\$218.75	\$3,273.950
	Si	54	\$2,129.63	\$10,971.741
Ortopedia	No	224	\$.00	\$.000
	Si	54	\$5,666.67	\$24,391.462

Atención hospitalaria	No	224	\$80.36	\$1,202.676
	Si	54	\$185.19	\$1,360.828
Hospitalización domiciliaria	No	224	\$0.00	\$0.00 <sup>a</sup>
	Si	54	\$0.00	\$0.00 <sup>a</sup>

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

Los resultados muestran que todos los rubros de gasto de bolsillo son mayores en las personas que presentan lesión en órgano blanco.

Con el fin de determinar si se presentaban diferencias estadísticamente significativas se compararon los valores promedio de cada uno de los rubros que hicieron parte de la composición del gasto de bolsillo mediante Anova de un factor. Los resultados se observan a continuación en la tabla 10.

**Tabla 10**  
**Resultados del análisis de Varianza**

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Consulta médica	2.803E8	1	2.803E8	10.495	.001
Medicina alternativa	3.268E8	1	3.268E8	17.227	.000
Insumos	9743448.099	1	9743448.099	12.846	.000
Medicamentos	122340.806	1	122340.806	.029	.865
Homeopatías	29335051.007	1	29335051.007	1.807	.180
Exámenes Laboratorio	23915818.785	1	23915818.785	6.569	.011
ExámenesImágenes	6.736E8	1	6.736E8	23.324	.000
Servicios dentales	238742.339	1	238742.339	.000	.988
Otros profesionales en salud	6.251E9	1	6.251E9	55.940	.000
Anteojos o lentes	5.415E8	1	5.415E8	16.405	.000
Audífonos	1.589E8	1	1.589E8	5.000	.026
Ortopedia	1.397E9	1	1.397E9	12.230	.001
Atención hospitalaria	478136.538	1	478136.538	.314	.576
Total transporte	2.484E10	1	2.484E10	74.613	.000
Total comida	1.254E9	1	1.254E9	75.227	.000
Gastos totales	5.156E10	1	5.156E10	28.730	.000

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

De acuerdo con el valor de p observado al comparar los gastos entre pacientes con afectación de órgano blanco y sin afectación de órgano blanco, existen diferencias estadísticamente significativas para todos los gastos destinados a la atención en salud, excepto en medicamentos, servicios dentales y atención hospitalaria. Las diferencias son igualmente significativas en los gastos de transporte y alimentación.

Se determinó si había diferencias en el gasto de bolsillo de los pacientes según su procedencia urbana o rural. Se encontró que estas diferencias eran significativas para la consulta médica, la consecución de medicamentos, los exámenes de laboratorio y el transporte.

### Modelo del gasto de bolsillo en pacientes hipertensos

Para esta investigación se aplicó un modelo econométrico con el objetivo de estimar el gasto mensual de las familias en salud en función del ingreso familiar, del estrato socioeconómico del sexo y número de integrantes del hogar. 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 mayor de cero (PMG>0).

### Especificación del modelo regresión lineal: relación gasto total ingreso -familiar mensual

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

Donde

GS: Gasto salud

B<sub>0</sub>: Gasto autónomo en salud o al mes

β<sub>i</sub>: propensión marginal del consumo en salud

Ing.: ingresos familiares mensuales

U: Error aleatorio

Se estima dicho modelo según la presencia o no de lesión en órgano blanco.

### Tgasto de salud en hipertensos, sin lesión en órgano blanco, en relación al ingreso.

**Coefficientes**<sup>a,b,c</sup>

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	T	Sig.
	B	Error típ.	Beta		

1	(Constante)	5817.246	3863.377		1.506	.134
	Ingresos Mes	.002	.005	.030	.444	.658

a. Afectación O. Blanco = No

b. Variable dependiente: Gastos Totales

#### Estimación del modelo.

$$GS_i = 5817,2 + 0,002 \text{ Ingi} + u_i$$

Como se observa en la tabla 11, el coeficiente de la propensión marginal es significativamente diferente de cero y muestra como la relación entre el ingreso y consumo es directa, es decir, por cada mil pesos de ingreso familiar, las familias con pacientes hipertensos que no tienen lesión en órgano blanco dedican a gasto en salud 2 pesos.

**Tabla11**

**Modelo gasto de salud en hipertensos, con lesión en órgano blanco, en relación al ingreso.**

Modelo	Coeficientes estandarizados		Coeficiente no tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	14352.049	13554.147		1.059	.295
Ingresos Mes	.043	.017	.324	2.470	.017

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

#### Estimación del modelo.

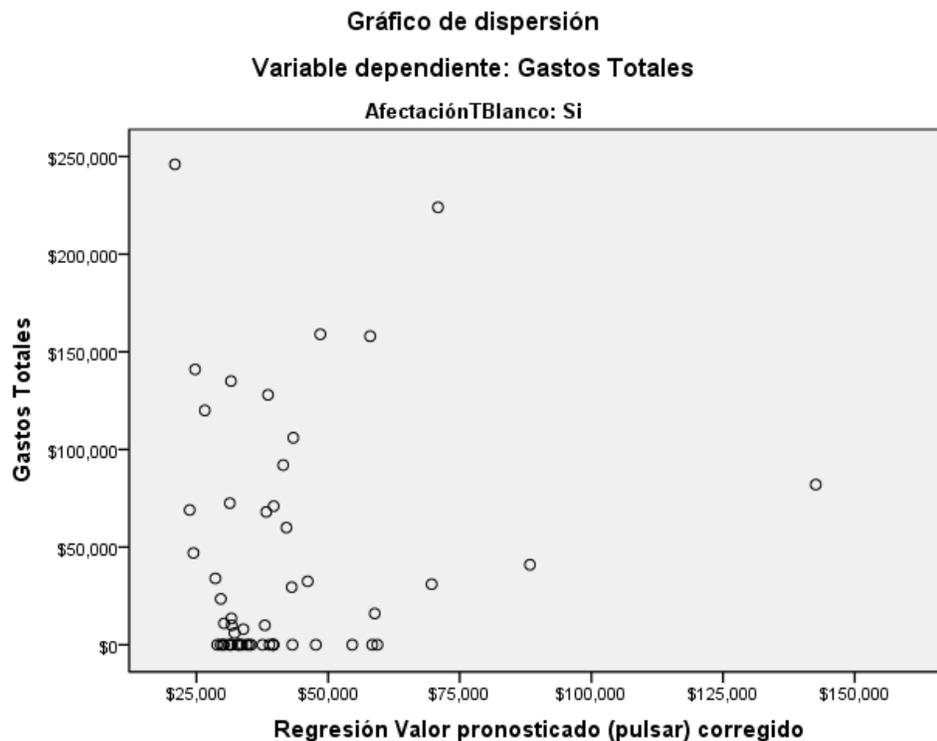
$$GS_i = 14352,049 + 0,043 \text{ Ingi} + u_i$$

Como se observa en la tabla 11, el coeficiente de la propensión marginal es significativamente diferente de cero y muestra como la relación entre el ingreso y consumo es directa, es decir, por cada mil pesos de ingreso familiar, las familias con pacientes hipertensos que tienen lesión en órgano blanco dedican a gasto en salud 43 pesos.

Según el coeficiente de determinación (0,105) el modelo no parece presentar buen ajuste como lo muestra el gráfico siguiente

### Gráfico 1

Diagrama de dispersión de gasto según el ingreso familiar mensual, en pacientes con lesión en órgano blanco. San José de Caldas 2012



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

## DISCUSIÓN

Lo resultados encontrados muestran que el gasto de bolsillo sigue siendo una constante en la población afiliada al SGSS que asiste al Hospital San José de San José Caldas. Tales pacientes presentan erogaciones para recibir servicios de salud consideradas como básicas (medicamentos, atención médica especializada) y que aunado a los exámenes de diagnóstico, este gasto se incrementa.

Estos resultados coinciden con varias investigaciones realizadas; Sergio Sesma Vázquez y col., reporta que el origen del gasto catastrófico se encuentra a los medicamentos como factor importante que ocasiona el gastos en las familias de escasos recursos. Cabe anotar que en esta investigación no se encontró que el gasto en salud fuera catastrófico.

Suárez, R. Pamela Henderson y col., refieren que el gasto privado corresponde en un 70% a los medicamentos. La Encuesta de Nivel de Satisfacción de Usuarios de la Secretaría de Salud de México en el 2008, refiere que el 69% del medicamento no surtido lo compran en la farmacia<sup>35</sup>.

En los estratos investigados se observó la presencia de gasto de bolsillo en alguno de los rubros que se tuvieron en cuenta; esto permite afirmar que pertenecer al SGSS colombiano no garantiza contar con los beneficios que se mencionan al momento de su afiliación.

Las debilidades del sistema pueden estar relacionadas con la infraestructura, el recurso humano o la falta de insumos y será motivo de otros trabajos de investigación el abordar estos temas que serán necesarios para mejorar la prestación del mismo. Buscar alternativas para mejorar las debilidades de infraestructura, recurso etc., así como buscar las estrategias de subrogación que eviten el gasto o mejor aún, que se difundan si ya existen.

Cualquier hogar puede llegar a enfrentar la enfermedad de alguno de sus miembros. Si la familia afectada se ve obligada a asumir directamente el costo de la atención, su capacidad para cubrir otras necesidades básicas (alimentación, educación o vivienda) puede verse súbitamente disminuida. Las familias de altos ingresos pueden tener que vender sus bienes o hacer uso de sus ahorros. Los hogares más pobres pueden llegar a perder el patrimonio de toda una vida. Lo más lamentable es que estas situaciones por lo general se presentan en casos de enfermedad que podrían atenderse con intervenciones a las que resulta fácil acceder cuando se cuenta con un seguro de salud.

Son múltiples los retos que todavía enfrenta el sistema de salud colombiano. En primer lugar se plantean las dificultades vinculadas con la consecución de la universalidad y la eficiencia en un contexto de solidaridad.

La universalidad en la afiliación debió haberse logrado en 2001 y tardó casi una década más. La igualación de los planes aún no se ha logrado. Buena parte de este atraso está asociado a la informalidad en el mercado laboral. Hay un segmento considerable de la población que, dada su situación económica, tendría que estar afiliada al régimen contributivo y aún no lo hace.

El fortalecimiento de la práctica de la salud pública, la información completa y oportuna, así como la evaluación de sus procesos y resultados, aparece como un reto mayor sin el cual será difícil orientar el sistema con criterios de promoción y prevención<sup>36</sup>.

Pese a que el trabajo fue realizado en un solo hospital, refleja el comportamiento que se encuentra en el municipio de San José de Caldas y crea la necesidad de continuar realizando investigación sobre el tema para evaluar el comportamiento del sistema y no depender de investigaciones nacionales que pueden enmascarar la problemática propia de cada entidad.

## **Conclusiones**

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el gasto de bolsillo en usuarios hipertensos con lesión en órgano blanco al ser comparados con usuarios sin daño en órgano blanco.

El análisis del gasto de bolsillo muestra una relación altamente significativa entre el gasto realizado, la presencia de lesión de órgano blanco y el estado de salud percibido de los usuarios del programa de hipertensión del hospital de San José de Caldas.

Aunque no pudo establecerse el grado de deterioro del órgano blanco, la lesión, puede llegar a ser causa de gasto catastrófico, por las demandas en la atención en salud de los pacientes afectados.

En general existen muy pocas fuentes que entreguen información confiable con respecto a la división que existe del gasto entre los regímenes contributivo y subsidiado, el gasto en copagos y el gasto de bolsillo propiamente tal.

## **Recomendaciones**

El incremento del gasto de bolsillo en pacientes hipertensos con lesión en órgano blanco puede llegar a ser catastrófico, además de incidir negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Cabe señalar, en consecuencia, la necesidad de la vigilancia permanente y aplicación del monitoreo y evaluación de los programas de hipertensión dadas las implicaciones sociales y económicas del manejo de complicaciones o comorbilidades que incrementen el riesgo de los pacientes.

Además de la expansión de la cobertura de seguridad social en salud, la calidad de los servicios y la mejoría de la eficiencia en los servicios de salud se impone, necesariamente, para la postergación o eliminación de la lesiones en órgano blanco de los hipertensos, que son causa importante de los costos de la atención de las enfermedades crónicas y con alto impacto en el gasto de bolsillo de los usuarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

---

<sup>1</sup>Ke Xu. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología. World health Organization Geneva 2005. En Discussion Paper Number 2 pp 2 [Internet] Disponible en [http://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=149&Itemid=](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=149&Itemid=) Consultado en octubre de 2013

<sup>2</sup>Ana Cristina Torres, Felicia Marie Knaul. Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000 En: Caleidoscopio de la Salud. (2003) pp 209 [Internet] Disponible en <http://portal.funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2013/08/15-DeterminantesDelGasto.pdf> Consultado en septiembre de 2013

<sup>3</sup>Esperanza Echeverri López. La salud en Colombia: Abriendo El Siglo... Y La Brecha De Las Inequidades. En Revista Gerencia y Políticas de Salud Diciembre de 2002 pp. 86 [Internet] Disponible en [http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/vol1\\_n\\_3/salud\\_espacio\\_4.pdf](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol1_n_3/salud_espacio_4.pdf) Consultado en junio de 2013

<sup>4</sup>Ronald Rodriguez Cogollo. Análisis Sistema De Salud De Bogotá DC. Madrid Junio de 2005 [Internet] Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos25/salud-bogota/salud-bogota.shtml> Consultado en junio de 2013

<sup>5</sup>Ramiro Guerrero, M en C<sup>I</sup>; Ana Isabel Gallego, BS<sup>II</sup>; Victor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc<sup>III</sup>; Johanna Vásquez, M Sc.<sup>IV</sup>. Sistema de Salud en Colombia. Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca 2011 [Internet] Disponible en [http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo\\_e4.php?id=002618](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002618) Consultado en junio de 2013

<sup>6</sup>Ramiro Guerrero, M en C<sup>I</sup>; Ana Isabel Gallego, BS<sup>II</sup>; Victor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc<sup>III</sup>; Johanna Vásquez, M Sc.<sup>IV</sup>. Sistema de Salud en Colombia. Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca 2011 [Internet] Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800010&script=sci_arttext) Consultado en julio de 2013

<sup>7</sup>Esperanza Echeverri López. El Derecho A La Salud: Balance A 10 Años De La Constitución de 1991. Medellín Septiembre de 2011 [Internet] Disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/7092/lcl1526e.pdf> Consultado en junio de 2013

<sup>8</sup>Laura López Alzate.. Emergencia económica disfrazada de emergencia social. Publicación del Consultorio de Seguridad Social Integral de la Universidad de Antioquia y la Corporación Héctor Abad Gómez Año 3, N° 5, Medellín, enero-junio de 2010 pp. 235 [Internet] Disponible en <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/ServiciosProuctos/U-235-5.pdf> Consultado en agosto de 2013

<sup>9</sup>Gastos catastróficos por motivos de salud. Desempeño de los sistemas de salud. Salud México 2002 pp. 170 [Internet] Disponible en <http://web.ssaver.gob.mx/atencionmedica/files/2012/02/LINEAMIENTOS-SEGUNDO-NIVEL-2012.pdf> Consultado en julio de 2013

---

<sup>10</sup>Ramón Abel Castaño Yepes, MD, MS Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de Seguridad Social en Salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC. Mayo 13 de 2004 pp. 20 [Internet] Disponible en <http://www.fundacioncorona.org.co/bajarDocDos.php?tl=1&per=263> Consultado en octubre de 2013

<sup>11</sup>Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS, Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999. El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud pp. 3 [Internet] Disponible en <http://white.oit.org.pe/ssos/acervo/oit-ops/textfinal2.pdf> Consultado en julio de 2013

<sup>12</sup>Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS, Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999. El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud pp. 4 [Internet] Disponible en <http://white.oit.org.pe/ssos/acervo/oit-ops/textfinal2.pdf> Consultado en julio de 2013

<sup>13</sup>Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS, Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999. El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud pp. 8 [Internet] Disponible en <http://white.oit.org.pe/ssos/acervo/oit-ops/textfinal2.pdf> Consultado en julio de 2013

<sup>14</sup>Ke Xu. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología. World health Organization Geneva 2005. En Discussion Paper Number 2 pp 2 [Internet] Disponible en [http://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=149&Itemid=](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=149&Itemid=) Consultado en octubre de 2013

<sup>15</sup>Suárez, Gordillo y Vane, 2007 OPS, 2007b, págs. 336-342. El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas Capítulo V pp. 86 [Internet] Disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/33064/CapituloV-2008-808-ODMSaludRev-1indd.pdf> Consultado en junio de 2013

<sup>16</sup> El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas Capítulo V pp. 87 [Internet] Disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/33064/CapituloV-2008-808-ODMSaludRev-1indd.pdf> Consultado en junio de 2013

<sup>17</sup>El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas Capítulo V pp. 88 [Internet] Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeodm/fulltext/odmsalud/cap5.pdf> Consultado en julio de 2013

<sup>18</sup>El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas Capítulo V pp. 88 [Internet] Disponible en [http://issuu.com/nicaragua.nutrinet.org/docs/odm\\_s\\_la\\_progresi\\_n\\_hacia\\_el\\_derecho\\_a\\_la\\_salud\\_en/88](http://issuu.com/nicaragua.nutrinet.org/docs/odm_s_la_progresi_n_hacia_el_derecho_a_la_salud_en/88) Consultado en agosto de 2013

---

<sup>19</sup>El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas Capítulo V pp. 92 [Internet] Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeodm/fulltext/odmsalud/cap5.pdf> Consultado en agosto de 2013

<sup>20</sup>Luís Alvis-Estrada<sup>1</sup>, Nelson Alvis-Guzmán<sup>1</sup> y Fernando de la Hoz<sup>2</sup> Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004. Revista Salud Pública vol.9 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2007 pp. 17 [Internet] Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a03.pdf> Consultado en agosto de 2013

<sup>21</sup>Jinneth Hernández-Torres<sup>1</sup>, Leticia Avila-Burgos<sup>2</sup>, Atanacio Valencia-Mendoza<sup>2</sup> y Ofelia Poblano-Verástegui<sup>3</sup> Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México. Revista Salud Pública vol.10 no.1 Bogotá Jan./Feb. 2008 [Internet] Disponible en [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jPrEdNhUCGEJ:www.scielo.org.co/scielo.php%3Fpid%3DS0124-0642008000100003%26script%3Dsci\\_arttext+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jPrEdNhUCGEJ:www.scielo.org.co/scielo.php%3Fpid%3DS0124-0642008000100003%26script%3Dsci_arttext+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co) Consultado en septiembre de 2013

<sup>22</sup>José Eusebio Viveros. Tesis Gasto de bolsillo en los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. Xalapa Ver., Julio 2010 pp.26 [Internet] Disponible en <http://www.uv.mx/mssp/files/2012/11/JoseEusebioviveros.pdf> Consultado en septiembre de 2013

<sup>23</sup>Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS, Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999. El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud pp. 8 [Internet] Disponible en <http://white.oit.org.pe/ssos/acervo/oit-ops/textfinal2.pdf> Consultado en julio de 2013

<sup>24</sup>Luís Alvis-Estrada<sup>1</sup>, Nelson Alvis-Guzmán<sup>1</sup> y Fernando de la Hoz<sup>2</sup> Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004. Revista Salud Pública vol.9 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2007 [Internet] Disponible en [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U6mYSqgmNKQJ:www.scielo.org.co/scielo.php%3Fscript%3Dsci\\_arttext%26pid%3DS012400642007000100004+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U6mYSqgmNKQJ:www.scielo.org.co/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS012400642007000100004+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co) Consultado en agosto de 2013

<sup>25</sup>Luís Alvis-Estrada<sup>1</sup>, Nelson Alvis-Guzmán<sup>1</sup> y Fernando de la Hoz<sup>2</sup> Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004. Revista Salud Pública vol.9 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2007 [Internet] Disponible en [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642007000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642007000100003&script=sci_arttext) Consultado en marzo de 2013

<sup>26</sup>Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS, Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999. El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud pp. V Resumen Ejecutivo [Internet] Disponible en <http://white.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/segsoc/acervo/oitops/textfinal2.pdf> Consultado en marzo de 2013

<sup>27</sup>Suárez, Gordillo y Vane, 2007 OPS, 2007b, págs. 336-342. El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas Capítulo V pp. 85 [Internet] Disponible en

---

<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/33064/CapituloV-2008-808-ODMSaludRev-1indd.pdf>

Consultado en junio de 2013

<sup>28</sup>Raúl Molina<sup>1</sup>, Matilde Pinto<sup>2</sup>, Pamela Henderson<sup>1</sup> y César Vieira<sup>1</sup>. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública vol.8 n.1-2 Washington Jul./Aug. 2000. [Internet] Disponible en [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000700010](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700010) Consultado en julio de 2013

<sup>29</sup>Eduardo González Pier. Sistema de Protección Social en Salud: elementos conceptuales, financieros y operativos. México. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud; et al. México, D.F. Secretaría de Salud : Fundación Mexicana para la Salud : Instituto Nacional de Salud Pública : FCE, 2006 pp. 22 [Internet] Disponible en [http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca\\_virtual/programas/Sistema\\_Proteccion\\_Social\\_Salud.pdf](http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/programas/Sistema_Proteccion_Social_Salud.pdf) Consultado en septiembre de 2013

<sup>30</sup>Alvis, Luis; Alvis, Nelson y De la Hoz, Fernando (2007). Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004. CENDEX. Extraído desde Salud Pública, 9(1), 11-25, [Internet] Disponible en [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642007000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642007000100003&script=sci_arttext) Consultado en junio de 2013

<sup>31</sup>Luís Alvis-Estrada<sup>1</sup>, Nelson Alvis-Guzmán<sup>1</sup> y Fernando de la Hoz<sup>2</sup> Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004. Revista Salud Pública vol.9 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2007 pp. 13 [Internet] Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a03.pdf> Consultado en agosto de 2013

<sup>32</sup>Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Lección 51. [Internet] Disponible en [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/109132/EXE\\_SEG\\_SOCIAL/leccin\\_51\\_el\\_impacto\\_del\\_bolsillo\\_de\\_la\\_familia\\_al\\_sgsss.html](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/109132/EXE_SEG_SOCIAL/leccin_51_el_impacto_del_bolsillo_de_la_familia_al_sgsss.html) Consultado en mayo de 2013

<sup>33</sup>Esperanza Echeverri López. La salud en Colombia: Abriendo El Siglo... Y La Brecha De Las Inequidades. En Revista Gerencia y Políticas de Salud Diciembre de 2002 pp. 91 [Internet] Disponible en [http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/vol1\\_n\\_3/salud\\_espacio\\_4.pdf](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol1_n_3/salud_espacio_4.pdf) Consultado en julio de 2013

<sup>34</sup>Ke Xu. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología. World health Organization Geneva 2005. En Discussion Paper Number 2 pp 3 [Internet] Disponible en <http://digicollection.org/hss/documents/s15727s/s15727s.pdf> Consultado en octubre de 2013

<sup>35</sup>José Eusebio Viveros. Tesis Gasto de bolsillo en los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. Xalapa Ver., Julio 2010 pp.88 [Internet] Disponible en <http://www.uv.mx/msp/files/2012/11/JoseEusebioviveros.pdf> Consultado en septiembre de 2013

---

<sup>36</sup>Ramiro Guerrero, M en C<sup>I</sup>; Ana Isabel Gallego, BS<sup>II</sup>; Victor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc<sup>III</sup>; Johanna Vásquez, M Sc.<sup>IV</sup> Sistema de Salud de Colombia. Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca 2011. [Internet] Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800010&script=sci_arttext) Consultado en agosto de 2013

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE IMÁGENES:

**Figura 1:** Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS, Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999. El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud pp. 8 [Internet] Disponible en <http://white.oit.org.pe/ssos/acervo/oit-ops/textfinal2.pdf> Consultado en julio de 2013

**Tabla 1:** Suárez, Gordillo y Vane, 2007 OPS, 2007b, págs. 336-342. El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas Capítulo V pp. 90 [Internet] Disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/33064/CapituloV-2008-808-ODMSaludRev-1indd.pdf> Consultado en junio de 2013

**Figura 2:** Suárez, Gordillo y Vane, 2007 OPS, 2007b, págs. 336-342. El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas Capítulo V pp. 91 [Internet] Disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/33064/CapituloV-2008-808-ODMSaludRev-1indd.pdf> Consultado en septiembre de 2013

**Figura 3:** Performance and reform in the Mexican health system,OECD Health division, 6 de abril de 2005. [Internet] Disponible en [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/Cesop/Comisiones/9\\_salud.htm](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/9_salud.htm) Consultado en julio de 2013

**Tabla 2a, 2b,2c:** Luís Alvis-Estrada<sup>1</sup>, Nelson Alvis-Guzmán<sup>1</sup> y Fernando de la Hoz<sup>2</sup> Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004. Revista Salud Pública vol.9 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2007 pp. 17-18 [Internet] Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a03.pdf> Consultado en agosto de 2013

**Figura 4:** Barón Gilberto. Colombia: Gasto en salud 1993-2002. Cuentas nacionales de salud. [Internet] Disponible en <http://www.saludcolombia.com/actual/salud75/informe.htm> Consultado en junio de 2013