

**PARTICIPACIÓN DE LOS GASTOS DE BOLSILLO EN SALUD
DE LOS HOGARES DE LAS COMUNAS EN LA ZONA NORTE
DE SANTIAGO DE CALI, AÑO 2018**

**YURY ADRIANA GUERRERO SARRIA
JUAN CARLOS HERNÁNDEZ BURBANO**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ANTONIO JOSÉ CAMACHO
FACULTAD DE EDUCACIÓN A DISTANCIA Y VIRTUAL
ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CALI - VALLE
2019**

**PARTICIPACIÓN DE LOS GASTOS DE BOLSILLO EN SALUD
DE LOS HOGARES DE LAS COMUNAS EN LA ZONA NORTE
DE SANTIAGO DE CALI, AÑO 2018**

**YURY ADRIANA GUERRERO SARRIA
JUAN CARLOS HERNÁNDEZ BURBANO**

Trabajo de grado presentado para optar el título en Administración en Salud

**Director
ANTONIO JOSÉ PALACIOS MUÑOZ
Economista**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ANTONIO JOSÉ CAMACHO
FACULTAD DE EDUCACIÓN A DISTANCIA Y VIRTUAL
ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CALI - VALLE
2019**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, 27 de abril de 2019

DEDICATORIA

A Dios...

Porque sin su infinita bondad y amor no hubiese sido posible culminar esta etapa fundamental para mi vida académica.

A mi familia...

Con toda la gratitud y el amor que ellos se merecen, dedico este trabajo de grado a mi esposa Miriam, a mis hijos Juan David y Alejandra; a mi padre Gerardo, y, por último, a mis hermanos Edilma, Asceneth, Salvador y Jesús, ya que, sin su apoyo incondicional, sus incansables consejos y todos los sacrificios que hicieron para brindarme una excelente educación, el día de hoy no estaría a punto de terminar esta linda profesión.

Al profesor Antonio José Palacios Muñoz por ser una excelente persona, docente e investigador, muchas gracias por compartir cada uno de sus conocimientos.

Juan Carlos Hernandez Burbano

Dedico este trabajo de grado en primer lugar a Dios y a la Virgen por concederme la vida, la sabiduría y el entendimiento, para hacer este sueño una realidad.

A mi Familia:

En especial a mi madre Aracelly Sarria Mafla, porque de ella aprendí la tenacidad, por dedicar su tiempo y formar una mujer de bien, por su apoyo y su esfuerzo por ver a sus hijos felices.

A mis hermanos Lisseth Andrea, Luis Carlos y Juan David, por ser una parte importante de mi vida, porque siempre me han brindado el apoyo en los momentos más difíciles infinitas gracias a toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan.

YURY ADRIANA GUERRERO SARRIA

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos la fuerza y sabiduría para lograr finalizar con éxito este trabajo de grado.

A nuestros padres y familiares por su apoyo y motivación diaria.

Al director de trabajo de grado Antonio José Palacios agradecimiento inmenso por su dirección, conocimiento, dedicación, paciencia, compromiso, enseñanza y colaboración que permitió el desarrollo de este trabajo

De igual manera agradecimientos a la Universidad Antonio José Camacho, a toda la Facultad de Educación a Distancia y virtual, a nuestros docentes quienes con la enseñanza y sus valiosos conocimientos motivaron e hicieron que podamos desarrollarnos como profesionales, gracias a cada una de ustedes por su paciencia y dedicación.

A nuestros compañeros y futuros colegas por compartir tantos momentos, por todas las veces que explicaron y nos motivaron, gracias a Dios hoy podemos gritar **SOMOS ADMINISTRADORES EN SALUD**

Por último, agradecemos a todas las personas que nos brindaron su colaboración y conocimientos durante la realización de este trabajo de grado.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	13
1. FORMULACION DEL PROBLEMA	17
1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	17
1.2 DELIMITACION DEL PROBLEMA	20
1.3 PREGUNTA PROBLEMA	21
2. JUSTIFICACION	22
3. OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GENERAL	24
3.2 OBJETIVO ESPECIFICO	24
4. MARCO REFERENCIAL	25
4.1 ANTECEDENTES	25
4.2 MARCO TEORICO	27
4.3 MARCO CONCEPTUAL	30
4.4 MARCO LEGAL	32
5. DISEÑO METODOLOGICO	35
5.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	35
5.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	35
5.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN	35
5.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	36
5.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	36
5.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN	40
5.7 TÉCNICA Y RECOLECCIÓN DE DATOS	41
5.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
6. ANALISIS DE RESULTADOS	44
6.1 VARIABLES DE LA MEDICION DE LOS GBS	44
6.2 GASTO DE BOLSILLO POR TIPO DE BIENES Y SERVICIOS	54

6.3 GBS Y SECTOR COMERCIAL DE COMPRA DEL ARTÍCULO	61
7. DISCUSION	67
8. CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFIA	75
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Comunas de la zona de influencia de la Red de Salud Norte	37
Tabla 2. Características Sociodemográficas por Departamentos 2018	38
Tabla 3. Distribución de encuestas según la población por comuna	38
Tabla 4. Estratificación socioeconómica	39
Tabla 5. Comunas, población, encuestas y distribución por estratos	39
Tabla 6. Distribución de lados de manzana según estrato por comuna	40
Tabla 7. Variables Genéricas de los Gastos de Bolsillo en Salud	42
Tabla 8 Distribución de las encuestas por comunas	44
Tabla 9. Encuestas según estrato socioeconómico	45
Tabla 10 Conformación de los hogares	46
Tabla 11. Presencia de población vulnerable en el hogar	48
Tabla 12. Nivel de educación del jefe de hogar	49
Tabla 13. Personas que aportan ingresos al hogar	50
Tabla 14. Rango de ingresos mensuales promedio del hogar	51
Tabla 15. Valor promedio de los gastos mensuales en salud	52
Tabla 16. Régimen de afiliación a salud del jefe de hogar	52
Tabla 17. Valor mensual pagado por salud	53
Tabla 18. Gastos de Bolsillo en Salud del último mes	55
Tabla 19. Gastos de Bolsillo en Salud del último año	58
Tabla 20. Gasto de bolsillo por servicios de transporte en salud en año	60
Tabla 21. Lugar de compra de los artículos o servicios en salud	62
Tabla 22. Frecuencia del Gasto de Bolsillo en Salud	65

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Grafica 1. Gasto en Salud vs Esperanza de vida	19
Gráfico 2. Comunas de zona norte de Cali	21
Grafica 3. Distribución de las encuestas por comunas	44
Grafica 4 Participación por estrato socioeconómico	46
Grafica 5. Promedio de personas por hogar	47
Grafica 6. Promedio población vulnerable por hogar	48
Grafica 7. Nivel de educación del jefe de hogar	49
Grafica 8 Rango de ingresos mensuales promedio	51
Grafica 9. Régimen de afiliación a salud del jefe hogar	53
Grafica 10 Valor mensual promedio pagado	54
Grafica 11 GBS del último mes	56
Grafica 12 GBS del último año	59
Grafica 13. GB por transporte en salud	60
Gráfica 14. Lugar de compra del artículo o servicio en salud	64
Gráfica 15. Frecuencia del GBS	66

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado	77
Anexo B. Variación del Salario Mínimo e Inflación en Colombia	78
Anexo C. Formato Encuesta	79

RESUMEN

Los gastos en salud regularmente son tratados desde una perspectiva macroeconómica, en torno a la importancia de sus componentes en el gasto total y su participación en el Producto Interno Bruto (PIB). Este trabajo presenta los determinantes del gasto en salud desde una perspectiva microeconómica; considerando las variables del gasto de bolsillo en salud, los componentes de la compra de artículos y servicios en salud, como los lugares de compra y la frecuencia del gasto de bolsillo en salud al interior de los hogares para las comunas de la zona norte en la ciudad de Santiago de Cali.

En particular, se determina en qué medida los gastos de bolsillo en salud participan en el gasto total de los hogares, cuál es su comportamiento según los ingresos, el estrato socioeconómico y el número de personas que conforman el hogar. Igualmente, cuáles son los bienes y servicios de la salud que más afectan el gasto de los hogares y cuáles son los lugares de compra, como la frecuencia del gasto en salud para los hogares de la zona norte en la ciudad de Cali.

PALABRAS CLAVES: salud, gasto de bolsillo, hogares y determinantes del gasto.

ABSTRACT

Health expenditures are regularly treated from a macroeconomic perspective, around the importance of its components in total expenditure and its participation in the Gross Domestic Product (GDP). This paper presents the determinants of health spending from a microeconomic perspective; considering the variables of the out-of-pocket expense in health, the components of the purchase of articles and services in health, such as the places of purchase and the frequency of the out-of-pocket expense in health within the homes for the communes of the northern zone in the city of Santiago de Cali.

In particular, it is determined to what extent the out-of-pocket expenses in health participate in the total expenditure of households, what is their behavior according to income, socioeconomic stratum and the number of people that make up the household. Likewise, what are the health goods and services that most affect household spending and what are the places of purchase, such as the frequency of health spending for households in the northern zone in the city of Cali.

KEYWORDS: health, out-of-pocket expenses, households and spending determinants.

INTRODUCCION

Considerando que el gasto en salud puede ser público o privado, siendo éste último la suma de todas las erogaciones directas e indirectas que realiza 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.

Por ejemplo, de acuerdo con Xu (2005), “Los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de 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”. En relación con los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia en servicios de salud es interesante resaltar que, en Colombia, por orden de la Sentencia T-212/11 de la Corte Constitucional, los gastos de transporte sí hacen parte integral del gasto por acceso a servicios de salud.

Desde la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la problemática del financiamiento y el gasto en salud constituyen una preocupación creciente y un mandato cada vez más necesario, especialmente en el contexto de la búsqueda de la cobertura universal (OMS, 2010). Objetivos de política tales como Salud para Todos o Cobertura Universal se enfrentan necesariamente a los límites y condicionamientos que imponen los esquemas de financiamiento de la salud en cada país.

Es interesante resaltar que éste trabajo hace parte de un macro-proyecto en la investigación titulada: “Participación de los Gastos de Bolsillo en Salud (GBS) de

los hogares de las principales ciudades del suroccidente colombiano”. Para la selección de las ciudades se consideraron factores como la participación en el Producto Interno Bruto (PIB) de la región, la dinámica y comportamiento del consumo, como el aseguramiento en salud; entre las ciudades se encuentran: Pasto, Popayán, Buenaventura, Yumbo, Palmira, Tuluá, y Cali. Para cumplir con el propósito general de investigación propuesto en el macro-proyecto, la ciudad de Santiago de Cali se dividió en cuatro (4) zonas, tomando como referente para la sectorización el área de influencia y cobertura de la Red de salud ESE de la ciudad; en éste sentido, el presente trabajo da a conocer los resultados de la intervención realizada en las comunas de la zona norte de la ciudad de Cali, la cual corresponde con el área de influencia de la Red de Salud Norte ESE.

El GBS o gasto directo en salud como gasto realizado con recursos propios por las personas en el momento de acceder a la prestación de servicios en salud, independientemente de su calidad de afiliados o no al sistema, incluye lo correspondiente a: a) honorarios médicos, como: consultas médicas particulares, odontológicas, laboratorio clínico, exámenes, rehabilitación; b) compra de medicamentos con fórmula médica o sin fórmula médica (automedicación), medicamentos consumidos regularmente y botiquines; c) atención hospitalaria: hospitalizaciones, cirugías ambulatorias, vacunas; y d) otros bienes y servicios, como elementos ortopédicos, lentes, audífonos, prótesis, entre otros. También se incluyen los copagos y cuotas moderadoras para acceso al plan de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los copagos y los bonos por medicina prepagada.

Se hace necesario resaltar que en Colombia la participación del GBS como proporción del gasto total en salud (GTS) ha venido disminuyendo, según el boletín de cifras financieras del sector salud de la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social (2017), por ejemplo, del 24% en 2008 pasó al 15.5% en 2014; también se aprecia una disminución del GBS

como proporción del PIB, al pasar de 1.6% en 2008 al 1.1% en 2014. El gasto de bolsillo como % del Gasto Privado en Salud (GPrS) pasó del 76,5% en el 2008 al 62,1% en el 2014 y el Gasto Privado en Salud (GPrS) como % del Gasto Total en Salud (GTS) también disminuyó, pasando del 31,4% en 2008 al 24,9% en 2014 (Así Vamos Colombia, 2017).

Prácticamente en todos los países, las políticas de salud en el ámbito del financiamiento apuntan a la protección financiera de las personas y familias como condición necesaria del logro de equidad en salud. Por lo tanto, se concentran en generar una disminución del gasto de bolsillo en salud (GBS) de los hogares que se destina a la atención de salud, ya que, ésta es la forma de financiamiento de la salud menos justa, menos eficiente y genera barreras al acceso por falta de capacidad de pago de los grupos más vulnerables, como lo ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010).

Como puede apreciarse, el GBS es un problema de gran envergadura que impacta en el nivel económico, político y social. En éste documento se presentan los resultados del estudio sobre los GBS de los hogares de las comunas de la zona norte de la ciudad de Cali. En la primera parte se presenta la problemática de los gastos de bolsillo en salud y su impacto en el bienestar de los hogares. En la segunda parte del documento, se expone su utilidad e importancia. En la tercera parte se encuentran los propósitos del estudio; la cuarta parte se refiere al marco conceptual y otros aspectos teóricos; en la quinta parte se detalla el paso a paso transitado para el logro de los propósitos establecidos; en la sexta parte se plasman las mediciones y resultados obtenidos; posteriormente se realiza la discusión y al final se presentan las conclusiones del estudio.

Se espera que éste documento, como fuente de información, contribuya a tener una mirada sobre el comportamiento de los hogares al momento de invertir, con recursos privados, en el acceso a servicios de salud.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El gasto de bolsillo en salud se ha incluido como un indicador de las inequidades en la prestación del servicio de salud y plantea la gran brecha de desigualdad en salud del país. Lo anterior ha generado una gran preocupación y genera la idea de proteger a las personas para no incurrir en gastos de bolsillo que produce empobrecimiento y disminución de calidad de vida de la población.

Ahora bien, el gasto del bolsillo en salud se puede definir como “aquellos pagos hechos por las personas para cuidar de su salud. Esto incluye gasto preventivo y curativo que no son cubiertos o reembolsos. Por lo tanto, incluye la compra de medicamentos y utilización de servicio, los desembolsos por los afiliados (bonos, copagos, cuotas moderadoras) y el costo del transporte para desplazarse a los sitios de atención.” (Pavón, 2017).

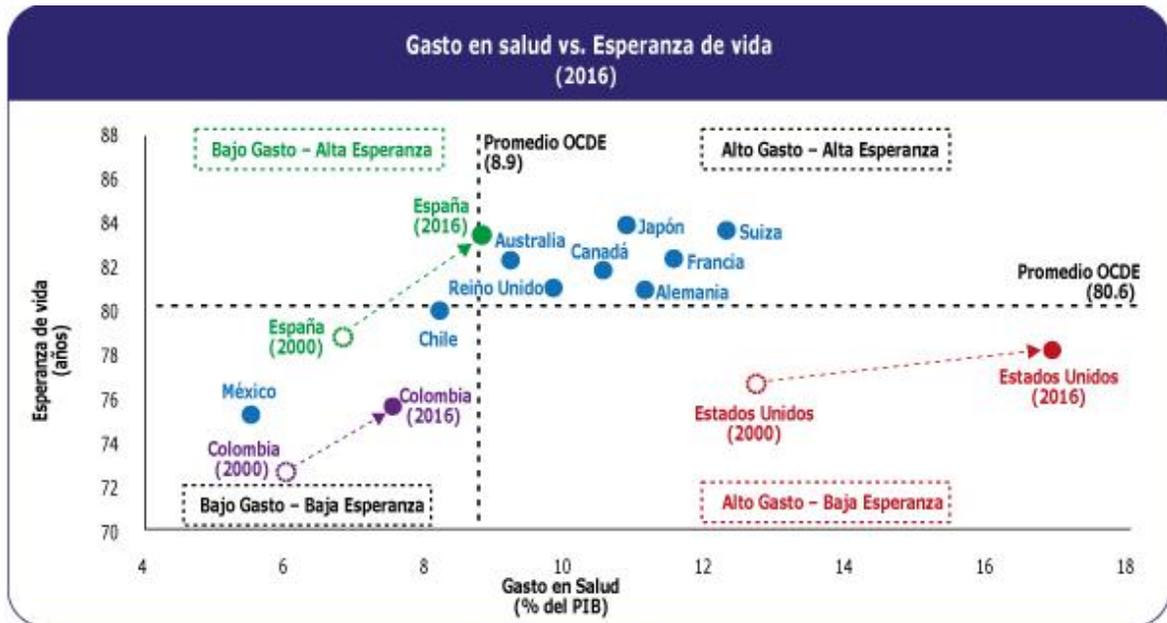
Dentro del espectro latinoamericano de desarrollo y salud, por ejemplo, Ecuador se encontraba en el segmento más bajo, en 2004, la esperanza de vida al nacer era de 72 años, la probabilidad de muerte antes de los cinco años era de 26 por cada 1.000 y la mortalidad materna, a pesar de las iniciativas selectivas por reducirla, siguió un patrón similar, con 130 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos (Naranjo. 2014). Estos datos no son únicamente alarmantes, sino que señalan una falta persistente y desigual en el acceso a la atención sanitaria; esto conllevó a profundizar la inequidad en el acceso a los servicios de salud de los grupos poblacionales en situación de pobreza y extrema pobreza. Fueron marcadas las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural y económico; es así que el gasto directo de bolsillo en el país representó casi el 50% en las economías de las familias ecuatorianas (Ramírez, 2015).

En México, en una investigación sobre los adultos mayores que tuvieron gasto de bolsillo, el promedio era de 187.000 pesos mexicanos, en donde su mayor gasto fue en medicamentos que incluye el catálogo del Seguro Popular (SP), seguido por el gasto asignado a medicamentos que no cubre, así como al pago de honorarios a médicos privados cuyo gasto equivale a 200.000 mil pesos y exámenes de laboratorio 90.000 mil pesos mejicanos aproximadamente (Pavón, 2017). En el Centro de Salud (CS), alrededor del 70% de las personas mencionó gastar en medicamentos que no cubre el SP, más de la mitad gastó en consulta a médicos privados y un porcentaje menor presentó gasto en medicamentos que cubre el SP y en estudios de laboratorio. En el Hospital Regional y en el Hospital de Alta Especialidad, la mayor proporción de adultos mayores gastó en medicamentos que cubre el SP, seguidos por gasto en exámenes de laboratorio. (Pavón, 2017).

Según Ramírez (2015), el análisis que se puede realizar al evaluar los gastos de bolsillo que existe en la población de México, permite identificar ciertas variables independientes que determinan dicho gasto. El mencionado autor se pregunta cómo los factores relacionados con los gastos de salud (medicamentos, hospitalización y estudios de laboratorios) influyen en dichos gastos.

El gráfico 1 muestra cómo los incrementos en el gasto en salud de 5,9% a 8% del PIB en las últimas dos décadas han estado (hasta la fecha) relativamente bien acompañados de ganancias en la esperanza de vida, pasando de 72,7 a 76,2 años durante el periodo 2000-2016. Colombia todavía se ubica en la franja de bajo gasto en salud con relación al promedio de la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico - OCDE (8,9% del PIB), pero también es cierto que estamos por debajo de la esperanza de vida promedio de la OCDE (80,6 años). Datos tomados de la Asociación Nacional de Instituciones Financieras - ANIF con base en la OCDE (Clavijo, Idrobo & Cuéllar. 2018).

Gráfico 1. Gasto en Salud vs Esperanza de vida



Fuente: elaboración Anif con base en OCDE Health Data.

Al comparar las cifras con países pares, se encuentra que Colombia exhibe una esperanza de vida (76.2 años) ligeramente superior a la de México (75.2 años), pero inferior a la de Chile (80 años) en 4 años, donde este último logra esos mejores resultados con gastos en salud similares a los de Colombia (8,1% del PIB).

A la vuelta de unos 5 años, según la ANIF (2018), Colombia podría estar moviendo hacia el cuadrante de alto gasto en salud (añadiendo 1% o 2% del PIB durante la próxima década hasta alcanzar cerca de 10% del PIB). El modelo a seguir sería el del exitoso caso de España, alcanzando hoy una envidiable esperanza de vida de 83,4 años (vs. 79,3 años 15 años atrás), con tan solo 9% del PIB de gasto en salud (vs. 6,8% del PIB en 2000).

Colombia debe hacer mayores esfuerzos para evitar moverse al cuadrante de alto gasto en salud y baja esperanza de vida. En este cuadrante rojo-rojo figura EE.UU., donde el gasto en salud ha venido ascendiendo de 12,5% a 17,1% del

PIB en las últimas dos décadas, mientras que las ganancias en esperanza de vida tan solo han sido de 2 años (llegando a los actuales 78,6 años, por debajo de la media de la OCDE de 80,6 años). Este mal desempeño de EE.UU. tiene que ver con: i) la rápida absorción de nuevas tecnologías, explicando alrededor de 40%-50% del incremento en el gasto, debiendo aplicarse allí mejores análisis costo-beneficio; y ii) los malos hábitos alimenticios, que arrojaron una obesidad de 40% de la población en 2016 (escalando desde 31% de 2000). Su principal fuente de fallecimientos proviene de enfermedades cardiovasculares y diabetes.

Esto último se refleja en un elevado gasto en servicios curativos-rehabilitación (69% del total), dejando 4% para los servicios preventivos. En contraste, en Europa, los servicios curativos o de rehabilitación concentran 55% del total del gasto en salud, dejando un mayor espacio para la prevención (8%). Además, Europa se caracteriza por registrar menores costos administrativos (por ejemplo, en Gran Bretaña, llegan a 2,5% del total, alcanzando cobertura universal), mientras que en EE.UU. dichos costos ascienden hasta 8% del total (aún con menores coberturas de 90%), datos que se pueden consultar en *The Economist*, “The fix for American health care can be found in Europe” (agosto 10 de 2017).

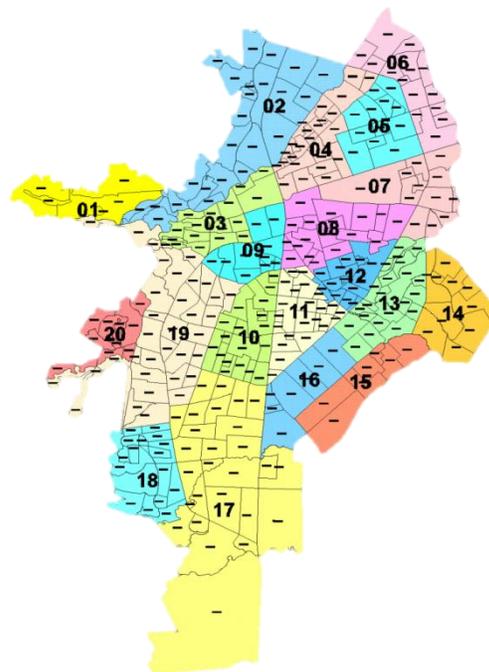
Como se puede apreciar el gasto de bolsillo en salud tiene relación directa con la esperanza de vida al nacer de la población.

1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación hace parte de una investigación macro sobre la participación de los Gastos de Bolsillo en Salud (GBS) de los hogares en las principales ciudades del suroccidente colombiano durante el año 2018. La presente investigación se focalizó en la consulta de los hogares pertenecientes a las comunas de la zona norte en la ciudad de Santiago de Cali. Es pertinente resaltar que para propósitos de adelantar el estudio macro, la ciudad de Cali se

dividió en cuatro zonas, considerando el contexto de cubrimiento de las cinco Red de Salud ESE de la ciudad: Red de Salud Norte, Red de Salud Centro, Red de Salud Ladera, Red de Salud Oriente y Red de Salud Suroriente; las Red de Salud del sector oriente se consolidaron en una sola zona de estudio; es decir, las comunas para el estudio de la ciudad de Cali se agruparon en las cuatro zonas según la influencia y cubrimiento de cada Red de Salud. La presente investigación se intitula: Participación de los Gastos de Bolsillo en Salud de los Hogares de las comunas (2, 4, 5, 6, 7) de la zona norte en la ciudad de Cali para el año 2018.

Gráfico 2. Comunas de zona norte de Cali



1.3 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo es la participación porcentual del gasto de bolsillo en salud de los hogares de las comunas de la zona norte de la ciudad de Santiago de Cali para el año 2018?

2. JUSTIFICACIÓN

El gasto en salud en Colombia se divide en dos categorías, según la fuente de financiación: público y privado. Dentro de los gastos financiados con recursos públicos están: el régimen contributivo, el régimen subsidiado, la prestación de servicios a la población pobre no asegurada (PPNA), la salud pública y lo correspondiente a otros servicios y programas institucionales. Por otro lado, el gasto privado se compone de los seguros en medicina prepagada y el Seguro Obligatorio de Tránsito (SOAT); además, de los gastos de bolsillo en salud (GBS).

Los GBS corresponden a los pagos directos realizados por los hogares en bienes y servicios del sector salud, como medicamentos, tanto los formulados como los autoeducados, las hospitalizaciones o procedimientos ambulatorios, los gastos en lentes, audífonos, sillas de ruedas, vacunas, cuotas y transporte para recibir servicios de salud.

En este orden de ideas, este trabajo tiene como propósito presentar datos sobre los niveles de gasto privado en salud de los hogares en las comunas de la zona norte en la ciudad de Cali, como una forma de contribuir al análisis de la dinámica social y económica de esta región del país.

La revisión de los GBS de los hogares es conveniente en los diferentes contextos como la académica, porque conlleva a tener una mirada sobre los gastos privados de los hogares en salud teniendo presente que la cobertura y el aseguramiento en salud son universales, basta con dar una mirada a las cifras del aseguramiento en salud ofrecidas por el Ministerio de Salud y la Protección Social “el número de

afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en los tres regímenes de afiliación a nivel nacional se ha incrementado a lo largo de los últimos 23 años, generando un aumento en la cobertura total del sistema, con el cubrimiento del 29,21% en el año 1995 hasta el 94,66% registrado al cierre del año 2018” (Minsalud, 2019); también, permite una visión para los tomadores de decisiones del sector y los formuladores de la política en salud, igualmente, permite una visión para los administradores del sistema respecto los problemas del modelo de prestación de los servicios, así mismo, permite una visión para tratar los temas de la equidad y la provisión de los bienes y servicios de salud.

A nivel regional, difícilmente existen estudios sobre los GBS y su incidencia en el presupuesto de los hogares, por esta razón, el presente estudio será un parámetro para adelantar otro tipo de investigaciones, como por ejemplo, realizar una caracterización actualizada de los perfiles de compra general de los hogares e identificar la participación de los gastos en salud, o las razones por las cuales los hogares gastan en salud de manera privada frente a los gastos financiados con recursos públicos.

La importancia de los GBS es que influyen directamente en la capacidad de pago de los hogares y tienden a ser inequitativos y a afectar la situación socioeconómica de los hogares, que en el peor de los casos puede impactar en el índice de pobreza de la región. En el caso de no existir GBS de los hogares “puede tener su origen en múltiples escenarios, dentro de los cuales se pueden mencionar: la adecuada cobertura del sistema de salud, un estado de salud favorable de los miembros del hogar, o los bajos ingresos o la falta de acceso al sistema de crédito (ONU, 2008). Por ello, es imperiosa la necesidad de realizar estudios descriptivos que permiten ofrecer una idea de la importancia de este tipo de gastos y según las características de los hogares en el ámbito regional.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la participación porcentual de los gastos de bolsillo en la salud de los hogares de las comunas en la zona norte de la ciudad de Santiago de Cali para el año 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las variables de medición de los gastos de bolsillo en salud invertido por los hogares de las comunas de la zona norte de Cali.
- Establecer la desagregación del gasto de bolsillo por tipo de bienes y servicios demandados por los hogares de las comunas de la zona norte de Cali.
- Clasificar los gastos de bolsillo según el sector comercial donde adquieren los bienes y servicios de la salud los hogares de las comunas en la zona norte de Santiago de Cali.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 ANTECEDENTES

Entre las investigaciones realizadas se encuentra un estudio del cual se extrae el artículo, “Pobreza y Gasto de Bolsillo: atención primaria del municipio Trujillo, Venezuela” (Ávila, Rangel & Briceño. 2011), cuyo objetivo fue describir el nivel de pobreza y gastos de bolsillo de los pacientes ambulatorios del primer nivel de atención en el Área Metropolitana del Municipio Trujillo, Estado Trujillo, Venezuela. Se realizó una investigación de campo de corte descriptivo, con diseño, transversal. Se aplicó un cuestionario por entrevista directa a los usuarios, en cinco ambulatorios, durante tres meses. Se realizaron en total 300 entrevistas por muestreo no probabilístico. De acuerdo a los resultados obtenidos, los usuarios de los centros del primer nivel de atención que participaron en el estudio son mayoritariamente pobres, con por lo menos una Necesidad Básica Insatisfecha. El principal gasto de bolsillo es para la compra de medicamentos (40%). Los usuarios manifestaron que la segunda opción de atención médica lo constituyen los hospitales públicos, especialmente los servicios de emergencias (58,3%). Resulta importante considerar la relevancia de una adecuada provisión de insumos y servicios a los centros de salud, principalmente de medicamentos, para lo cual se debe tener presente las principales causas de morbilidad en la población, evitando de esta forma el desplazamiento de los usuarios a las emergencias de los hospitales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiriéndose a México argumenta que el principal problema del Sistema de Salud Mexicano es la “Justicia y Equidad en

la Contribución Financiera”; por lo tanto, todo el esquema de financiamiento deberá replantearse.

La distribución de la contribución al financiamiento sanitario para todos los hogares se ha resumido a través de este índice, concebido para ponderar en gran medida los hogares que han gastado en atención sanitaria una proporción muy grande de sus ingresos, más allá del nivel de subsistencia. El índice refleja la desigualdad en la contribución financiera de los hogares, pero en particular de los hogares en riesgo de empobrecimiento a causa de un nivel elevado de gasto sanitario (OMS 2006). Resulta claro que en México se estructuró un sistema de salud altamente inequitativo en términos financieros que ha mantenido en elevado riesgo económico a la población. Desde su origen el IMSS contempla como sujetos de aseguramiento estrictamente a los trabajadores con empleo formal; con ello, la población que no tenía acceso al mercado laboral formal se define como población propensa a caer en una trampa de pobreza lo cual ha generado que los pobres gasten proporcionalmente más de su precario ingreso en solventar sus demandas de salud en relación con los ricos.

Entre las investigaciones realizadas también se encuentra de Gwatkin (1999) y en reportes de la Organización Panamericana de la Salud se evidencia que los pobres sufren una mayor incidencia, prevalencia y letalidad de enfermedades, derivada de sus condiciones sociales, económicas y ambientales por lo, general, soportan una carga elevada de enfermedad. Se puede suponer que al no poseer aseguramiento destinarían una mayor proporción del gasto en salud, pero, paradójicamente, se observa lo contrario en los hallazgos encontrados, Investigaciones previas detectan que mientras más pobre es el hogar menor es su proporción de gasto en salud, por lo que parece ratificarse la hipótesis de que la población pobre no asegurada no gasta hasta que es indispensable o impostergable y, al hacerlo, se vuelve catastrófico.

En el contexto nacional cabe resaltar una investigación de realizada por Pérez. Silva (2015) “titulada una mirada al gasto de salud para Colombia”; el cual tiene como propósito realizar un análisis del gasto en salud, establecer cómo afectan los patrones de gasto de los hogares e identificar los factores asociados a la carga de los gastos de salud que estos deben enfrentar. Los resultados muestran que la mayor carga de los gastos del sector es asumida por el sector público, lo que les ha permitido a los hogares mantener una baja carga de gastos cuando se compara con los países vecinos. Por otro lado, se encontró que la edad del jefe de hogar, su género, su condición de afiliación a los seguros de salud y la composición etaria de los hogares son algunos de los factores que mayor relación presentan con la incidencia de los gastos de bolsillo.

Mención particular merece el trabajo de Gerdtham (2000) que no sólo hace comparación de gasto en salud global entre diferentes países, sino también realiza una revisión sistemática en la que observa diferentes instituciones de salud entre los países y los modelos de regresión con que se han intentado detectar las principales variables detonantes de gasto catastrófico en salud. El resultado más concluyente es que el ingreso agregado es el factor más importante para explicar la variación de los gastos de salud entre los países y que el tamaño de la elasticidad-ingreso estimada es alta e incluso superior a la unidad lo que, en este caso, indica que la salud tiene comportamiento de bien de lujo¹⁸. Otros hallazgos importantes destacan que la atención primaria en salud reduce el gasto en salud y que la manera más eficiente de remunerar al sector médico en atención ambulatoria es la capitación que ayuda a reducir los gastos de honorarios por evento. Sugieren que hace falta el desarrollo de la macro econometría y el análisis macroeconómico para los temas de gasto en salud.

4.2 MARCO TEÓRICO

En el presente apartado teórico, se definirán las nociones, categorías y en suma elementos teóricos que contribuyen a analizar el objeto de investigación planteado. Específicamente, se definirá los gastos de bolsillo en salud desde una perspectiva macroeconómica y aplicada al campo de la administración en salud. En particular, se busca determinar en qué medida los gastos de bolsillo en salud participan en el gasto total de los hogares, cómo varían estas participaciones por comunas y por estrato, cuáles son los bienes y servicios de la salud que más afectan el gasto de los hogares y cuáles son los lugares de compra más frecuentados por los hogares a la hora de realizar este tipo de compras.

En este caso es importante resaltar que los gastos de bolsillo como los pagos directos que tienen que hacer los hogares en bienes y servicios del sector salud incluye medicamentos (no incluidos en el pos como sin formulación médica), hospitalizaciones o procedimientos ambulatorios, aparatos ortopédicos y lentes” (Consultor salud, 2017).

Por otro lado, el Ministerio Salud (2015) determina que los gastos de bolsillo hacen referencia a la oferta y demanda de servicios de salud en una localidad, bien sea municipio, departamento o país. Por ejemplo, lo que determina el gasto de bolsillo es el precio por el servicio de salud, el cual siempre esta asumido por el consumidor. Así, pues, se vuelve catastrófico cuando las familias deben reducir su gasto básico por un periodo de tiempo a fin de cubrir gastos relacionados con la atención primaria de salud.

Según estudios como el de Díaz & Bertín (2014) más del 50% del gasto total de salud en países como México y en general en el contexto latinoamericano es de tipo privado y más del 90% proviene directamente del bolsillo de las familias. Por tal razón, muchos de los hogares más pobres o vulnerables siguen pagando sus propios medicamentos, esto se puede interpretar como una injusticia social, ya que el Estado no está protegiendo la comunidad, dejando a las personas en

condiciones sanitarias de alta peligrosidad. El Estado en ocasiones financia de manera más fácil los capitales privados que los bienes públicos, por tal razón en el contexto capitalista la salud se ha convertido en un desafío más.

Monterubbianesi (2016) argumenta que “el derecho a la salud parece estar puesto en tela de juicio, debido a los altos gastos de bolsillo en salud, pero esto no es igual en todos los países, ya que los gastos de bolsillos varían según las políticas públicas implementadas sobre el sector salud en que cada país.”

Para el caso colombiano, especialmente en Cartagena los autores Alvis et al. (2007), utilizando una muestra de 384 hogares, estimaron el gasto privado en salud y sus relaciones con las características del jefe de hogar. Los autores encontraron que son los hogares de estratos más bajos quienes enfrentan mayores cargas con respecto a su ingreso. En una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia, del Banco de la República, Javier Pérez y Alejandro Silva (2015) mencionan: “Otras variables que ayudan a explicar los gastos en salud son: la escolaridad del jefe de hogar, su condición laboral y su condición de afiliado al SGSSS. Del mismo modo, los eventos hospitalarios de los miembros del hogar y la presencia de adultos mayores están relacionados con la incidencia de los gastos de bolsillo en salud” (p. 8).

Según datos de la OMS (2011), para el caso colombiano, el aumento en el gasto total en salud pasó de representar el 5,9% del PIB en 2000 a 6,5% en 2011, lo cual representa una variación de más del 10%. A pesar de que en Colombia los gastos en salud como porcentaje del PIB están aún por debajo de muchos de sus vecinos de América Latina es interesante ver que el mayor esfuerzo en la financiación de este gasto proviene del gobierno nacional. Por ejemplo, en Colombia el sector público contribuye con el 75% del gasto total en salud, mientras que el promedio en el resto del continente americano este aporte no alcanza el 50% y el promedio mundial se acerca al 59%. La única región del mundo que tiene

alguna similitud con Colombia es Europa, en donde el sector público financia el 74% del gasto total en salud.

Se observa para Colombia y sus vecinos, cuando el gasto total en salud de un país es asumido efectivamente por los hogares a través de pagos directos o gastos de bolsillo. Lo que se puede observar es que en América Latina existe una gran disparidad que va desde el 61,1% en Venezuela al 13,8% en Uruguay.

Los pagos directos realizados por las familias para la adquisición de bienes y servicios de la salud son un indicador importante toda vez que afecta en forma directa la capacidad de pago de los hogares. Pérez & Silva (2015) en la revista una mirada a los gastos de bolsillo en salud del Banco de la República refiere “Un indicador global de estos es la participación de los gastos de bolsillo en el total de gastos privados en salud, que para Colombia pasó del 59% en 2000 al 64% en 2011. Para este último año representa más del doble que el promedio del continente americano (30,1%), muy por encima del promedio mundial (49,7%) pero por debajo de lo que representa en Europa (68,8%). Este aumento en la participación de los gastos de bolsillo a su vez implica una reducción proporcional del gasto de los hogares en planes de medicina prepagada, el otro componente de los gastos privados en salud. Siendo el gasto de bolsillo el componente que más pesa en el gasto privado en salud.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

En el estudio de los GBS de los hogares de las comunas de la zona norte en la ciudad de Cali se considerarán variables determinantes, que es necesario identificar:

El Hogar a consultar es una persona o grupo de personas, parientes o no, que viven (duermen) en una misma vivienda, ocupan la totalidad o parte de la unidad

de vivienda; atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común y generalmente comparten las comidas. Un hogar también puede estar constituido por personas no parientes.

El concepto de **HOGAR** es el resultado de un consenso entre todas las Direcciones Técnicas del DANE¹, con lo cual se busca la homologación de las diferentes investigaciones con el censo, teniendo en cuenta que éste conforma los marcos para las diferentes investigaciones. Igualmente se realizó una homologación con el utilizado por la Comunidad Andina - CAN², el cual tiene algunas diferencias con el contexto colombiano.

El concepto de **Hogar** formulado es el siguiente: “Es la persona o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una vivienda; atienden necesidades básicas, con cargo a un presupuesto común y generalmente comparten las comidas” (DANE, 2007).

El Jefe o Jefa de Hogar, es el residente habitual reconocido como tal por los demás miembros de su hogar.

Informante en el Hogar se refiere a cada una de las personas residentes habituales mayores de 16 años. En el caso de no estar presente y no poderse conseguir en las visitas, la información la debe dar el Jefe(a) del Hogar, o su cónyuge o una persona residente mayor de 18 años que conozca la información de la persona. Para los menores de 18 años la debe dar el Jefe(a) del Hogar o su cónyuge.

¹ El DIRPEN como Dirección Técnica encargada de la estandarización de los Sistemas Estadísticos oficializa dicho concepto.

² Es la persona o conjunto de personas sean parientes o no que ocupen en su totalidad o en parte de una vivienda; comparten al menos las comidas principales y atienden en común otras necesidades básicas, con cargo a un presupuesto común

Lugar Especial de Alojamiento – L.E.A.: es una institución en la cual viven (duermen) colectivamente un grupo de personas generalmente no parientes.

Gasto de los Hogares: representa el desembolso total de un hogar para atender sus necesidades. Está conformado por el gasto de consumo de los hogares y el gasto de los hogares no imputable al consumo.

Gasto de bolsillo en salud: Proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, para solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias (Vassallo; Sellanes & Freylejer, 2003).

Perceptores de ingreso: Es toda persona de 18 años y más que durante el período de referencia (mes pasado o últimos 12 meses) recibió ingresos por conceptos del trabajo (sueldos y salarios, horas extras, primas, etc.), trabajo independiente y/o ingresos de capital, transferencias, etc.

4.4 MARCO LEGAL

Constitución Nacional de Colombia: en sus artículos 48 y 49, constituye de una parte un derecho irrenunciable, y de otro, un servicio público de carácter obligatorio, conforme se desprende de su estructura, es el Estado el obligado a dirigir, coordinar y controlar su efectiva ejecución.

Ley 1751 de 2015: su objetivo es garantizar el derecho fundamental de la Salud, regular y establecer sus mecanismos de protección, su artículo 6 donde contempla los Elementos y principios del derecho fundamental de la Salud, sus elementos esenciales.

Ley 1438 de 2011: Garantiza la equidad en el Sistema de salud, todos los afiliados al SGSSS reciban los mismos beneficios con un plan de salud igual para

todos sin discriminación, prohíbe a las EPS cobrar multas por no asistir a las citas programadas.

Ley 1122 de 2007: su objetivo realizar un ajuste al Sistema General de Seguridad Social con el fin de mejorar los servicios de salud a los afiliados al SGSSS. Regulación y creación de la CRES.

Ley 100 de 1993: Por lo cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, en su libro II en su artículo 156 literal P en donde es la Nación y los Entes Territoriales son los encargados a través de las Instituciones Hospitalarias públicas o privadas garantizar los servicios de Salud.

Decreto 780 de 2016: Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Libro 1 Estructura del Sector Salud y de la Protección Social.

Resolución 5267 de 2017 del Ministerio de Salud: por la cual adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, listado de anexos de tecnologías fuera del Plan de Beneficios de Salud.

El Acuerdo 260 (4 de febrero de 2004), del Ministerio de Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Del Acuerdo 260 es interesante resaltar los aspectos que conllevan a realizar pagos por los usuarios del sistema, afectando el pago directo o aumentando los gastos de bolsillo en salud realizados por los hogares, como: Artículo 1. CUOTAS MODERADORAS. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

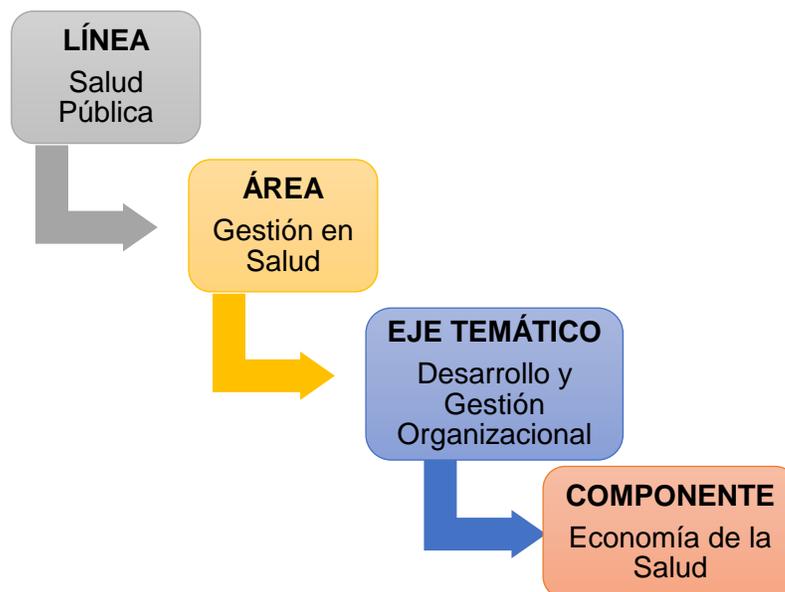
Artículo 2. COPAGOS. Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Artículo 3. APLICACIÓN DE LAS CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS. Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios. PARÁGRAFO. De conformidad con el numeral tercero del artículo 160 de la Ley 100 de 1993, es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes.

La Sentencia T-212/11 de la Corte Constitucional (2011), la cual determina que los gastos de transporte sí hacen parte integral del gasto por acceso a servicios de salud. La Corte Constitucional sobre el cubrimiento de gastos de transporte para el paciente como para su acompañante dictaminó que “Si bien el transporte y el hospedaje del paciente y su acompañante no son servicios médicos, hay ciertos casos en los que el acceso efectivo al servicio de salud depende de que el paciente pueda desplazarse hacia los lugares donde le será prestada la atención médica que requiere, desplazamiento que, en ocasiones, debe ser financiado porque el paciente no cuenta con los recursos económicos para acceder a él.” En la misma sentencia se establecen dos criterios: “De este modo, se ha establecido que la obligación de asumir el transporte de una persona se trasladará a las EPS únicamente en los eventos donde se acredite que *(i)* ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y *(ii)* de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”.

El marco legal descrito anteriormente servirá como punto de referencia para la investigación que se pretende realizar sobre los gastos de bolsillo en salud de los hogares de las comunas de la zona norte en la ciudad de Cali.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN



Semillero de Investigación de Gestión en Salud (SIGES). 2018

Grupo de Investigación en Salud, Ambiente y Productividad (GISAP). 2018

5.2 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

La investigación sobre gastos de bolsillo en salud en los hogares de las comunas de la zona norte de la ciudad de Santiago de Cali, por la naturaleza de los datos, (datos numéricos), se fundamenta en el análisis de datos a través de la técnica estadística, correspondiendo a un *enfoque cuantitativo*.

5.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según su alcance la *investigación es descriptiva*, permitiendo la recolección y análisis de datos de manera que se eviten sesgos y tendencias personales que influyan en los resultados. El proceso de la investigación conlleva a detallar y describir los fenómenos, situaciones y contextos tal como se presentan en la realidad especificando las características de los gastos de bolsillo para los hogares de las comunas de la zona norte en la ciudad de Cali (ver tabla 1).

5.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio de los gastos de bolsillo en los hogares de las comunas de la zona norte en la ciudad de Cali no permite la manipulación deliberada de variables, sólo permite el análisis de la observación de los fenómenos que se presentan en su contexto natural; *el diseño de la investigación es no experimental*, porque no se generan nuevas situaciones, solo se observan los fenómenos existentes, sin existir manipulación de variables.

5.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

La investigación sobre los gastos de bolsillo en salud en las comunas de la zona norte de la ciudad de Cali se centra en los individuos que componen los diferentes hogares del sector. Para identificar la población a intervenir se procedió de la siguiente manera:

- a. Se identificaron las E.S.E de la Red de salud de Cali, con el propósito de establecer el área de influencia, especialmente, las comunas según la cobertura en servicios por parte de la E.S.E. Red de Salud Norte; considerando que para efecto del estudio macro: Gastos de Bolsillo en Salud de los Hogares en las principales ciudades del suroccidente Colombiano la ciudad de Santiago de Cali se dividió en cuatro (4) zonas, de acuerdo al área de influencia de cada ESE: Red de Salud Norte, Red de

Salud Centro, Red de Salud Ladera y Red de Salud Oriente más la Red Sur Oriente.

- b. Determinar las comunas del área de influencia de la ESE Red de Salud Norte: comunas 2, 4, 5, 6 y 7 (ver tabla 1).
- c. Se consultó la población por cada comuna (ver tabla 1).

Tabla 1. Comunas de la zona de influencia de la Red de Salud Norte

Número de la Comuna	Cantidad de Comunas en la Zona Norte de Cali	Cantidad de Habitantes por Comuna
2	5	111.880
4		55.584
5		133.657
6		211.983
7		69.035
Total Habitantes de la Zona:		582.139

Fuente. Esta investigación con base en datos de Cali como vamos. 2017

- **Selección de la muestra.** El método de selección de la muestra se fundamenta en un *análisis de datos estadísticos* (tipo *cuantitativo*), con la aplicación del tipo de *muestreo probabilístico*, en donde se consideraron los muestreos por conglomerados, el estratificado y el muestreo sistemático.

Para calcular la muestra se aplicó la *fórmula probabilística para poblaciones finitas*, es decir, con base en el conocimiento del número de personas que conforman los hogares existentes en las comunas de la zona norte de Cali.

$$n = \frac{N Z^2 x p x q}{d^2 x (N - 1) + Z^2 x p x q}$$

Con los siguientes valores:

N = cantidad de habitantes de la zona = 582.139 habitantes

Z = nivel de confianza 95% = 1.96

p = probabilidad de éxito = 0,5

q = probabilidad de fracaso = 0,5

d = precisión (error máximo admisible en términos de proporción) = 5%

n = 385 personas a consultar.

Con el propósito de identificar la cantidad de personas que conforman un hogar en las comunas de la zona norte en la ciudad de Cali se consultó en la base de datos del DANE (2018), donde se establece el número promedio de personas que conforman un hogar para la región (ver tabla 2).

Hogar. Datos Preliminares 02/11/2018	Promedio de personas por hogar	Media
Valle	3,2 a 3,5	3,5
Nariño y Cauca	3,0 a 3,1	

Fuente. DANE. 2018

Posteriormente, se dividió la muestra (385 personas) entre 3.5 habitantes por hogar, considerando que la mayor parte de la población a consultar se ubica en el Departamento del Valle del Cauca:

$$n = \frac{385 \text{ personas}}{3,5 \text{ personas x hogar}} = 110 \text{ hogares}$$

De esta forma se determinó que el instrumento de consulta se debía aplicar a 110 hogares de las comunas que conforman la zona norte de la ciudad de Cali; ver en la tabla 3 la distribución de las encuestas por comunas.

Tabla 3. Distribución de encuestas según la población por comuna

Número de la Comuna de la Zona Norte de Cali	Cantidad de Habitantes por Comuna	participación de la Comuna	Numero de Encuestas por Comuna
2	111.880	0,1922	21
4	55.584	0,0955	11
5	133.657	0,2296	25
6	211.983	0,3641	40
7	69.035	0,1186	13

Total Habitantes en la Zona:	582.139	1,0000	110
Total Encuestas a Realizar en la Zona de Estudio:			110

Fuente. Esta investigación con datos de Cali como vamos Posteriormente, se aplicó el *muestreo estratificado* para distribuir y aplicar las encuestas según la participación de los estratos socioeconómicos en cada comuna, para ello se consultó la participación de los diferentes estratos socioeconómicos a nivel del departamento del Valle del Cauca según la información del DANE (2015), ver tablas 4 y 5.

Tabla 4. Estratificación socioeconómica

Estratificación Socioeconómica		Cali	Cali	Colombia
Estrato	Clasificación	%	Participación	%
1	Bajo - Bajo	23,7	0,236	15,8
2	Bajo	30,5	0,305	28,9
3	Medio - Bajo	29,5	0,295	34,4
4	Medio	7,9	0,079	11,1
5	Medio - Alto	6,3	0,063	7,1
6	Alto	2,2	0,022	2,7
Total		100,0	1,000	100,0

Fuente. Subdirección de Desarrollo Integral/DAP. 2015

Con el conocimiento de los estratos para la ciudad de Cali se procedió a calcular el número de encuestas a aplicar por cada estrato y comuna en la zona de estudio, ver tabla 5

Tabla 5. Comunas, población, encuestas y distribución por estratos

Comunas Zona Norte de Cali	Cantidad Habitantes por Comuna	p: participación de la Comuna	Numero Encuestas por Comuna	Número de Encuestas por Estrato Socioeconómico para cada Comuna						
				Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6	Total
2	111.880	0,1922	21	5	6	6	2	1	0	21
4	55.584	0,0955	11	2	3	3	1	1	0	11
5	133.657	0,2296	25	6	8	7	2	2	1	25
6	211.983	0,3641	40	9	12	12	3	3	1	40

7	69.035	0,1186	13	3	4	4	1	1	0	13
Habitantes	582.139	1,0000		-	-	-	-	-	-	-
Total Encuestas a Realizar en la Zona de Estudio:			110	26	34	32	9	7	2	110

Por último, la aplicación de las encuestas dentro de cada estrato socioeconómico se realizó por *muestreo sistemático*; en este caso, se tuvieron en cuenta los lados de manzana según el estrato y por cada comuna, como se representa en la tabla 6. Para ello, se dividieron los lados de manzana de cada comuna entre el número de encuestas a aplicar en cada estrato con el fin de calcular el salto de manzana donde se aplicaría la encuesta o *intervalo de muestreo*.

Tabla 6. Distribución de lados de manzana según estrato por comuna

Comuna	Estratos						Total	Estrato moda
	1	2	3	4	5	6		
2	114	33	279	895	890	212	2.423	4
4	62	762	714	2	0	0	1.540	2
5	0	37	1.400	35	0	0	1.472	3
6	113	1.932	273	0	0	0	2.318	2
7	108	625	770	1	0	0	1.504	3
Total	397	3.389	3.436	933	890	212	9.257	3

Fuente. Subdirección de Desarrollo Integral/DAP. Cali en Cifras. 2015

5.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

- **Criterios de Inclusión:**
 - Hogares que voluntariamente quieran participar de la consulta
 - Hogares conformados por parejas de diferente o igual sexo y que convivan en una unidad habitacional (casa o apartamento).
 - Hogares de los diferentes estratos socioeconómicos.
 - Hogares del área urbana.
 - Personas mayores de 18 años que conozcan la información del hogar.
- **Criterios de Exclusión:**

- Personas que tengan incapacidad física o mental para responder el cuestionario de consulta.
- Personas menores de 18 años.
- Hogares conformados por grupos de persona cuya característica sea de fundación, centros de educación, hogares de paso y/o albergues
- Hogares donde el individuo desconozca la información de los gastos de los miembros del hogar.
- Hogares que en el momento de la consulta no se encuentran, no se programa revisita, seleccionando un nuevo hogar.
- Hogares en territorios de difícil acceso, con fronteras invisibles o zonas de violencia reconocidas.

5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como técnica de recolección de la información se diseñó un *aplicativo de encuesta* (ver Anexo A y B), el cual se estructura con base en las variables identificadas para cada uno de los objetivos específicos, ver tabla 6. El método de análisis de la información se basa en el *análisis estadístico* el cual permite analizar descriptivamente los datos de cada variable (*estadística descriptiva*).

La investigación permite obtener información sobre los gastos de bolsillo en salud de los hogares e incluye las variables relacionadas con: características de las personas del hogar como edad, sexo, nivel educativo, afiliación al sistema de seguridad social en salud, ocupación, ingresos monetarios (permanentes y ocasionales), de los hogares urbanos, así como los servicios de salud adquiridos por fuera del sistema, cantidades adquiridas, valores pagados y estimados de la adquisición, formas de adquisición, lugares de compra y la frecuencia de compra.

Tabla 7. Variables Genéricas de los Gastos de Bolsillo en Salud

Variable	Naturaleza	Tipo	Unidad de Medición
Ingresos y Gastos	Cuantitativa	Discreta	Valor en pesos sin centavos
Honorarios médicos	Cuantitativa	Discreta	<i>Valor en pesos de:</i> Consultas médicas Tratamientos Odontológicos Laboratorio Clínico Rayos X Exámenes de Diagnóstico Rehabilitación y terapias alternativas
Compra de medicamentos	Cuantitativa	Discreta	<i>Valor en pesos de:</i> Medicamentos con fórmula Medicamentos consumidos regularmente sin fórmula Artículos de botiquín
Atención hospitalaria	Cuantitativa	Discreta	<i>Valor en pesos de:</i> Hospitalizaciones Cirugías ambulatorias
Otros servicios en salud	Cuantitativa	Discreta	<i>Valor en pesos de:</i> Vacunas Elementos ortopédicos Dispositivos Lentes Audífonos

Fuente. Esta investigación

5.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética entendida como “el estudio de los valores y sus relaciones con las pautas de conducta” (Baca, 1996) invita a la investigación, como práctica social, a trascender la producción de conocimiento permitiendo el establecimiento de una

relación ética con el problema que se investiga y con los sujetos sociales con los que se interactúa.

La participación de los individuos como sujetos de estudio o informantes en el proyecto de investigación es una decisión libre y autónoma. Por esta razón, las relaciones entre el investigador y los participantes están mediadas por la verdad y por esto son ellos mismos, los participantes, los dueños de la información, quienes de forma voluntaria y consciente la entregan a los investigadores. La investigación se basa en el consentimiento libre, consciente y reflexivo de aquellos que se estudian o en cuyo contexto social se intervinieron. De esto se deriva la responsabilidad de explicar detalladamente los términos y condiciones del proyecto, de tal forma que los participantes entiendan los propósitos, el sentido del trabajo, y la forma como se llevará a cabo su divulgación.

En esta investigación los investigadores son los responsables del uso que se les pueda dar a los hallazgos y acciones, evitando vulnerar los derechos, como también, no violentar la dignidad de los sujetos que participan en la investigación.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

6.1 VARIABLES DE MEDICIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

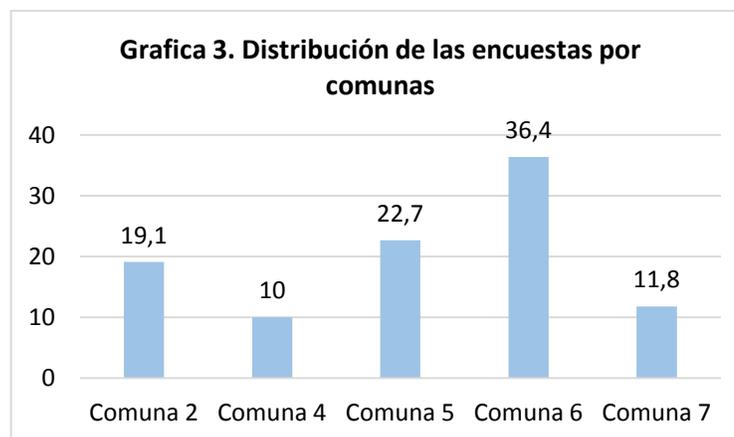
Como se consideró en la metodología el primer paso para aplicar el instrumento de consulta fue identificar la población correspondiente a cada comuna de la zona norte en la ciudad de Santiago de Cali, lo cual se hizo considerando el área de influencia de la E.S.E Red de Salud Norte, teniendo presente que al consultar sobre los Gastos de Bolsillo en Salud (GBS) de los hogares es interesante resaltar si en su contexto existe alguna institución prestadora de servicios de salud, principalmente, de carácter público, quedando la inquietud del por qué se consume salud con gastos de bolsillo si existen oportunidades de cobertura determinadas por la norma. Por lo tanto, las 110 encuestas se aplicaron en los hogares según la distribución y participación de cada comuna, la cual se presenta en la tabla 8.

Tabla 8 Distribución de las encuestas por comunas

No. De Comuna o Sector	Encuestas	%
Cumana 2	21	19,1
Comuna 4	11	10,0
Comuna 5	25	22,7
Comuna 6	40	36,4
Comuna 7	13	11,8

Total encuestas aplicadas	110	100,0
----------------------------------	------------	--------------

Fuente. Esta investigación



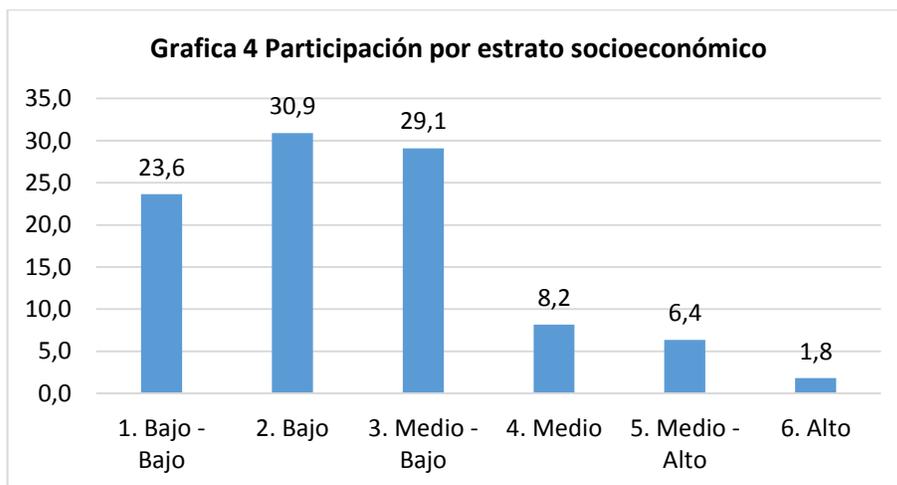
Igualmente, en la gráfica 3 se puede observar la distribución de encuestas por comunas, resaltando que el 36.4% de las encuestas se aplicaron en los hogares de la comuna 6, mientras en la comuna 4 únicamente se aplicó el 10%.

- **Encuestas según estrato socioeconómico.** Se presenta la distribución de las encuestas según su aplicación en cada estrato socioeconómico, con el propósito de lograr una representación de todos los sectores poblacionales en el proceso de consulta, ver tabla 9.

Tabla 9. Encuestas según estrato socioeconómico

Estrato socioeconómico	Encuestas	%
1. Bajo – Bajo	26	23,6
2. Bajo	34	30,9
3. Medio – Bajo	32	29,1
4. Medio	9	8,2
5. Medio – Alto	7	6,4
6. Alto	2	1,8
Total hogares	110	100,0

Adicionalmente, la gráfica 4 indica la participación de los hogares consultados por cada estrato socioeconómico existente en la zona norte de Cali. Por ejemplo, en el estrato bajo-bajo se aplicó el 23.6% de las encuestas, en el estrato bajo se consultó al 30.9% de los hogares, en el medio-bajo se aplicaron el 29.1% de las consultas, en el medio el 8.2%, en el medio-alto el 6.4%, mientras en el estrato alto únicamente se consultó al 1.8% de los hogares.



- **Conformación de los hogares.** En la consulta se incluyó esta variable porque los gastos en salud de un hogar se encuentran en relación directa con el número de integrantes de la unidad familiar.

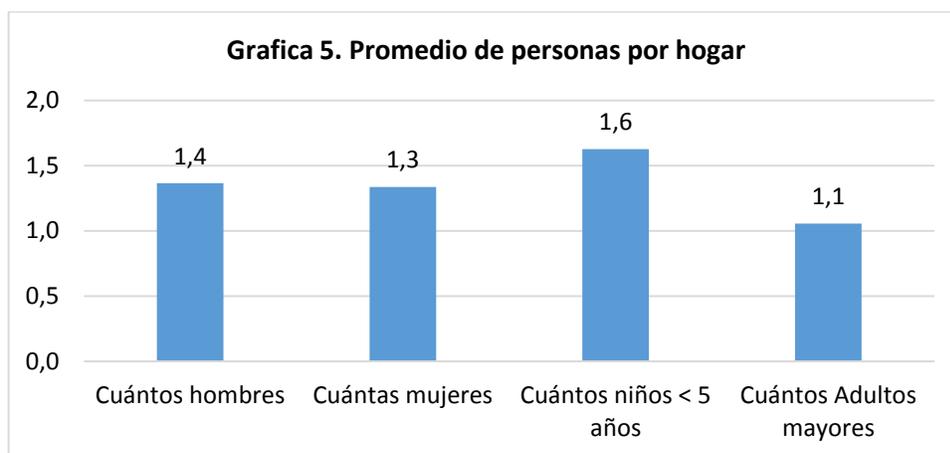
En la consulta se preguntó sobre la cantidad de personas que conforman un hogar y éstas se identificaron según sean hombres, mujeres, niños menores de cinco años o adultos mayores, ver tabla 10.

Tabla 10 Conformación de los hogares

Variable	Personas	Promedio personas por hogar
Cuántos hombres	142	1,4
Cuántas mujeres	91	1,3

Cuántos niños < 5 años	83	1,6
Cuántos Adultos mayores	19	1,1

En la gráfica 5 se representa el promedio de personas que conforman un hogar; por ejemplo, se pudo establecer que, para la zona norte de la ciudad de Cali, en promedio cada hogar está conformado 1.4 hombres, 1.6 niños menores de 5 años, 1.3 mujeres y 1.1 adultos mayores



Se puede resaltar que, en los hogares de la zona norte de Cali, por cada hogar en promedio conviven 1.6 niños menores de cinco años.

- **Presencia de población vulnerable.** El comportamiento de los GBS de los hogares en la zona norte en la ciudad de Cali es importante considerar la población en condiciones de vulnerabilidad que habita en las unidades familiares del sector, teniendo presente que el gasto en salud en la mayoría de los casos viene determinado por la condición de los individuos; como por ejemplo, los niños menores de cinco años, la población adulta mayor y las mujeres en edad reproductiva tienden a demandar más artículos y servicios en salud, lo que implica mayores gastos para el hogar.

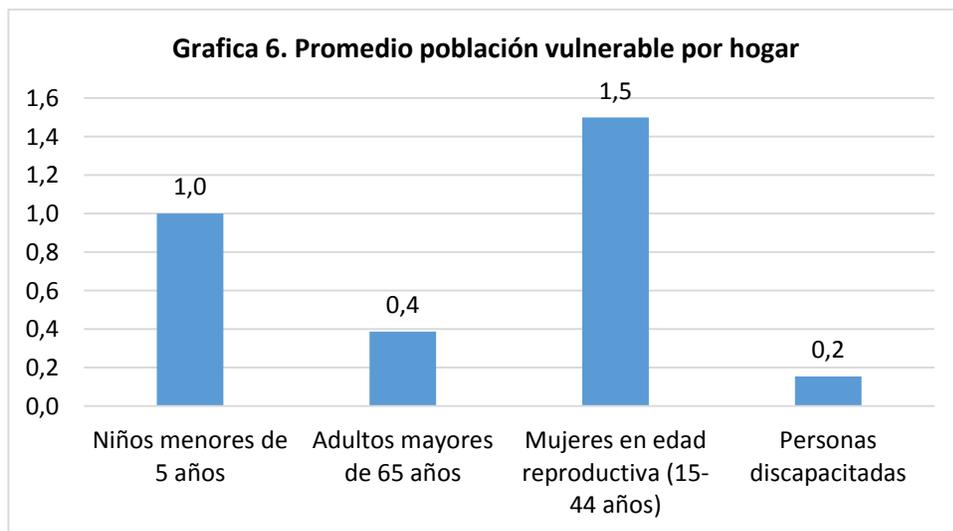
En la tabla 11 se observa la presencia de población vulnerable en promedio para cada hogar de la zona de estudio. Se identificaron 83 niños menores de 5 años, 19 adultos mayores de 65 años, 120 mujeres en edad reproductiva con edades entre 15 a 44 años, y se identificaron 6 personas en condición de discapacidad.

Tabla 11. Presencia de población vulnerable en el hogar

Variable	Personas	Promedio personas vulnerables por hogar
Niños menores de 5 años	83	1,0
Adultos mayores de 65 años	19	0,4
Mujeres en edad reproductiva (15-44 años)	120	1,5
Personas discapacitadas	6	0,2

Fuente. Esta investigación

En la gráfica 6 se indica el promedio de población vulnerable que habitan en las diferentes unidades familiares consultadas, así: se presenta en promedio un niño menor de cinco años por hogar, 0.4 adultos mayores de 65 años, 1.5 mujeres en edad reproductiva entre 15-44 años de edad y 0,2 personas discapacitadas en promedio por hogar.



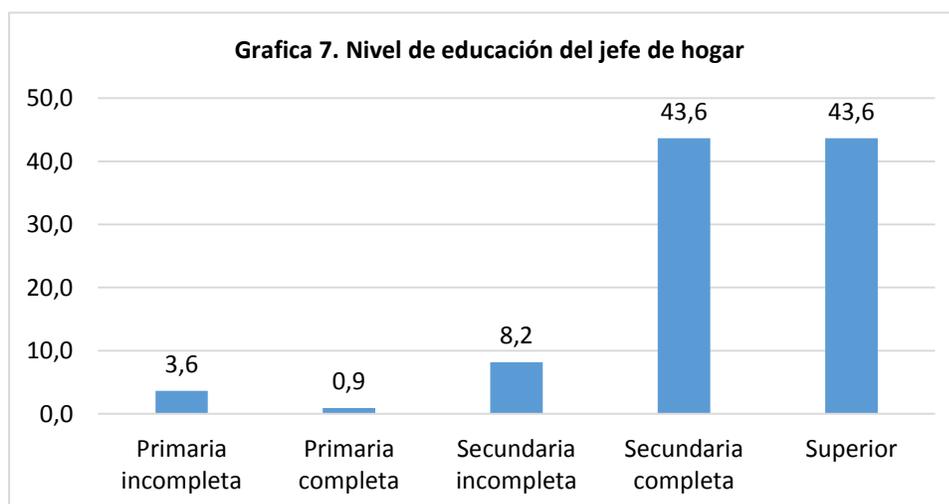
- **Nivel de educación de hogar.** En la tabla 12 se representa el nivel educativo del jefe de hogar. Es interesante resaltar que el nivel educativo de los miembros de un hogar impacta en mejor calidad de vida de los miembros del hogar y en consecuencia conlleva a un mayor consumo de salud.

Tabla 12. Nivel de educación del jefe de hogar

Nivel educativo	Jefe de hogar	%
Primaria incompleta	4	3,6
Primaria completa	1	0,9
Secundaria incompleta	9	8,2
Secundaria completa	48	43,6
Superior	48	43,6
Total hogares	110	100,0

Fuente. Esta investigación

La gráfica 7 representa el nivel educativo del jefe de hogar. Se encontró que el 43.6% de los jefes de hogar tienen un nivel de educación superior y otro 43.6% lograron obtener la secundaria completa; estos dos componentes representan un 87.2%, en tanto que el 12.7% restante apenas si lograron secundaria incompleta.



- **Personas que aportan ingresos en el hogar.** En la consulta se preguntó por la cantidad de personas del grupo familiar que aportan ingresos al hogar, ver tabla 13.

Tabla 13. Personas que aportan ingresos al hogar

Variable	Personas que aportan ingresos	Promedio	Promedio personas aportantes
Personas del grupo familiar que aportar ingresos en el hogar	185	Promedio personas que aportan ingresos al hogar	1,7

Fuente. Esta investigación

Se alcanzaron a identificar 185 personas que aportan ingresos en los diferentes hogares consultados, para un promedio de personas por hogar que aportan ingresos a sus respectivas unidades familiares de 1.7 personas.

- **Rango de ingresos mensuales promedio del hogar.** Para conocer los ingresos mensuales de los hogares se procedió a organizar cinco rangos de ingresos en correlación con la encuesta Nacional de Presupuestos de los Hogares -ENPH (DANE 2017), ver tabla 14.

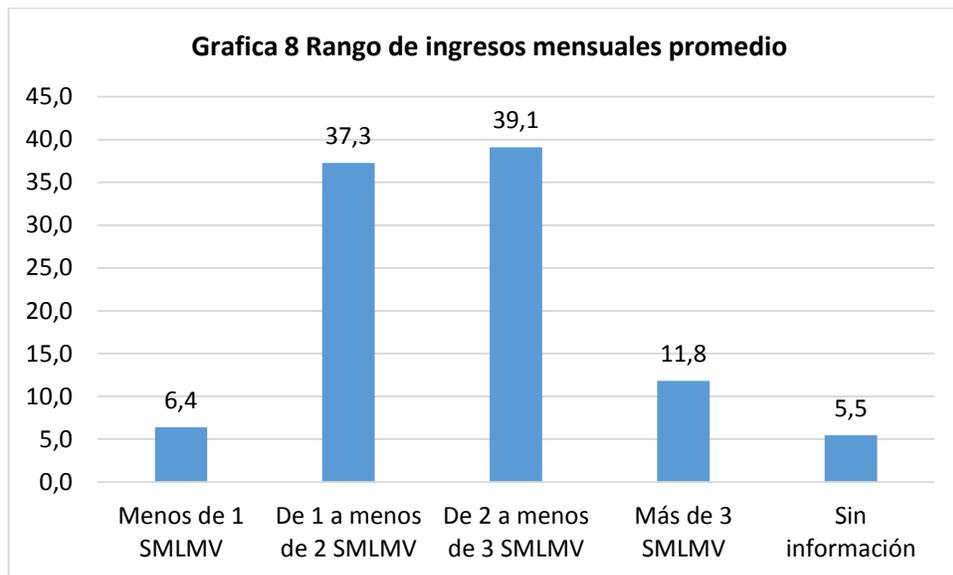
Tabla 14. Rango de ingresos mensuales promedio del hogar

Rango de los ingresos mensuales promedio del hogar	Número de hogares	%
Menos de 1 SMLMV	7	6,4
De 1 a menos de 2 SMLMV	41	37,3
De 2 a menos de 3 SMLMV	43	39,1
Más de 3 SMLMV	13	11,8
Sin información	6	5,5

Total hogares	110	100,0
----------------------	------------	--------------

Fuente. Esta investigación

En la gráfica 8 se observa que el 39.1% de los hogares consultados perciben entre 2 y 3 SMLMV, el 37.3% de los hogares reciben ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos, el 11.8% reciben más de 3 SMLMV, el 6.4% de los hogares reciben menos de 1 SMLMV y el 5.5% de los hogares consultados se abstuvieron de brindar información, esta situación se presentó de manera preferente con el estrato socioeconómico 5 y 6.



- **Valor promedio de los GBS.** En la consulta se preguntó sobre el valor que suman los gastos en salud en promedio para cada hogar, especialmente, en el último mes, para este caso en el mes de febrero de 2019, los cuales tenían un valor promedio de \$ 57.533 para el hogar, ver tabla 15.

Tabla 15. Valor promedio de los gastos mensuales en salud

Qué valor promedio suman los gastos mensuales en salud del hogar en el último mes	\$ 57.533
--	------------------

Fuente. Esta investigación

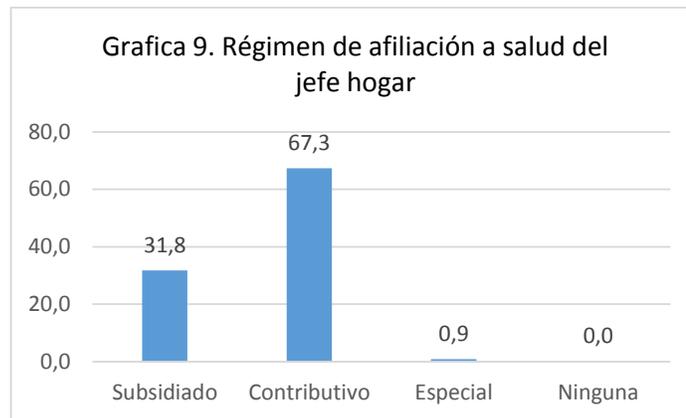
- **Régimen de afiliación en salud del jefe de hogar.** En la intervención se preguntó a cada hogar por el régimen de afiliación a salud del jefe del hogar, teniendo como referencia el régimen contributivo, el subsidiado, especial o ninguno, en caso de no estar afiliado. Se logró establecer que 74 jefes de hogar pertenecen al régimen contributivo, 35 al subsidiado, uno al especial y no se identificaron jefes de hogar no afiliados al sistema de salud, ver tabla 16.

Tabla 16. Régimen de afiliación a salud del jefe de hogar

Cuál es el régimen de afiliación del jefe del hogar al sistema de salud	Hogares	%
Subsidiado	35	31,8
Contributivo	74	67,3
Especial	1	0,9
Ninguna	0	0,0
Total	110	100,0

Fuente. Esta investigación

Igualmente, en la gráfica 9 se observa que el 67.3% de los jefes de hogar se encuentran afiliados al régimen contributivo, el 31,8% de jefes de hogar pertenecen al régimen subsidiado y el 0.9% se encuentran afiliados en el régimen especial. No se encontraron jefes de hogar sin afiliación al sistema general de seguridad social en salud.



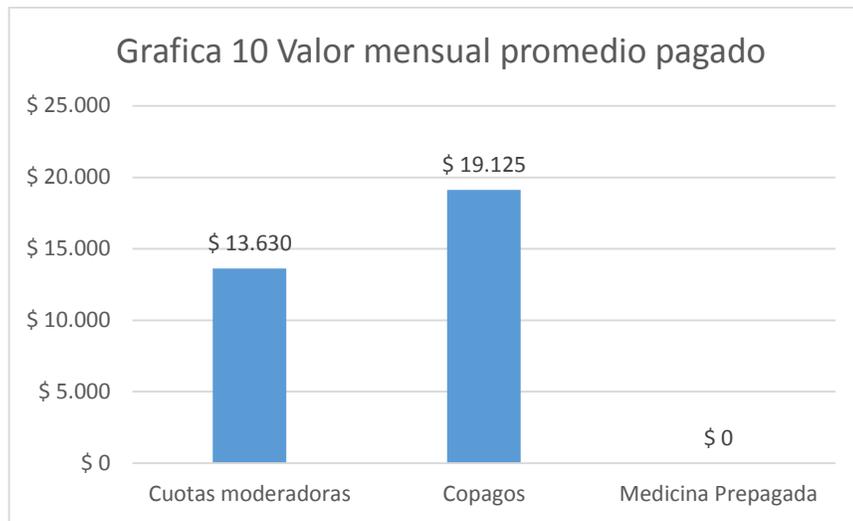
- **Valor mensual pagado o descontado por salud.** En los hogares consultados se preguntó sobre el valor mensual pagado o descontado por el uso de los servicios de salud, considerando las cuotas moderadoras, copagos y medicina prepagada, ver tabla 17.

Tabla 17. Valor mensual pagado por salud

Valor mensual pagado o descontado por el servicio de salud por:	Valor mensual promedio pagado
Cuotas moderadoras	\$ 13.630
Copagos	\$ 19.125
Medicina Prepagada	0

Fuente. Esta investigación

En la gráfica 10 se representan los valores pagados o descontados en promedio por hogar por concepto de cuotas moderadoras, el cual representa en promedio mes \$13.630; es interesante resaltar que este valor mensual fue pagado o descontado por recibir el servicio de salud para el 89.6% de los hogares. Por el concepto de copagos, en promedio mes por hogar, pagaron \$ 19.125; este valor fue pagado por el 10.4% de los hogares. Es importante destacar que, en la zona de estudio, por concepto de medicina propagada no se encontraron hogares que estén aportando.



6.2 GASTO DE BOLSILLO POR TIPO DE BIENES Y SERVICIOS

Uno de los propósitos de la investigación fue descomponer el gasto de bolsillo en salud por tipo de bienes y servicios demandados por los hogares de la zona norte en la ciudad de Cali, específicamente, conocer qué artículos compraron o qué servicios de salud pagaron las personas que conforman un hogar. En este caso se preguntó por los gastos de bolsillo en salud realizados por el hogar en el último mes y en el último año (2018); lo cual permite establecer cómo afectan los patrones de gasto en salud a los hogares y qué rubros están asociados con la carga de los gastos de salud para el hogar.

- **Gastos de Bolsillo en Salud del último mes.** En la medición se tomó como último mes el mes de febrero de 2019. Para ese mes se preguntó por cuáles artículos en salud compraron o qué servicios de salud pagaron las personas del hogar. Para este campo se establecieron cuatro criterios de respuesta como lo indica la tabla 18.

Tabla 18. Gastos de Bolsillo en Salud del último mes

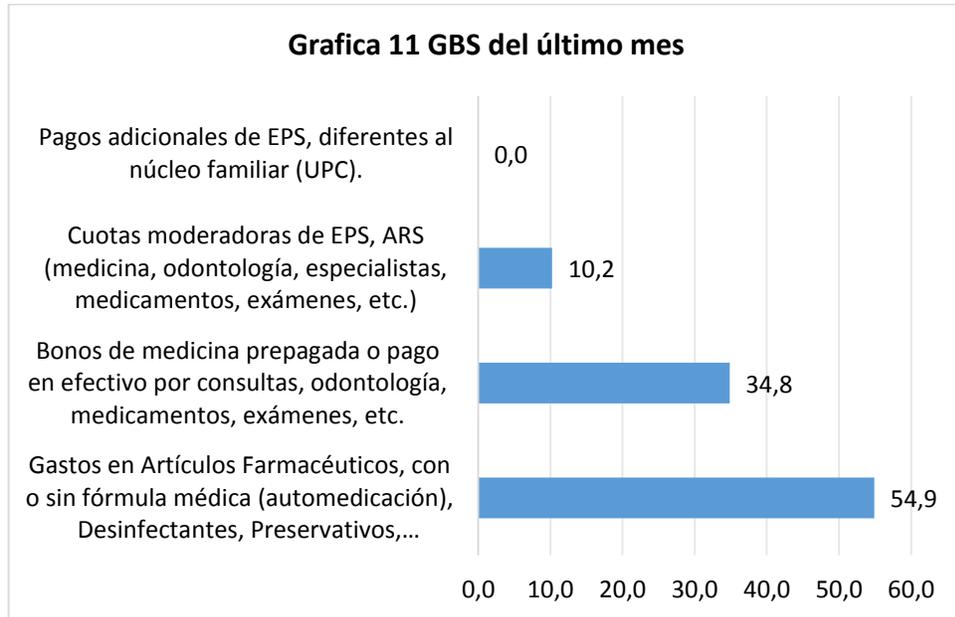
Código	Durante el pasado mes de febrero de 2019, ¿Cuáles de los siguientes artículos compraron o qué servicios pagaron las personas de este hogar?	Valor promedio	%
	Gastos en Artículos Farmacéuticos, con o sin fórmula médica (automedicación), Desinfectantes, Preservativos, Anticonceptivos, Vitaminas, Insumos.	\$ 91.947	54,9
6240200	Bonos de medicina prepagada o pago en efectivo por consultas, odontología, medicamentos, exámenes, etc.	\$ 58.348	34,8
6240100	Cuotas moderadoras de EPS, ARS (medicina, odontología, especialistas, medicamentos, exámenes, etc.)	\$ 17.152	10,2
12400303	Pagos adicionales de EPS, diferentes al núcleo familiar (UPC).	\$ 0	0,0
Total GBS del último mes		\$ 167.447	100,0

Fuente. Esta investigación

Se observa que en el último mes los hogares consultados en promedio compraron o pagaron servicios por tres de los cuatro criterios propuestos, siendo el valor promedio mensual pagado de \$167.447; donde el gasto por artículo farmacéuticos asciende a \$91.947, el gasto por pago en efectivo de consultas médicas, odontológicas o exámenes de laboratorio representa un desembolso de \$58.348 y el pago por cuotas moderadoras tiene un valor mensual promedio de \$17.152, de otra parte, los hogares de la zona no compraron ni pagaron servicios adicionales de EPS diferentes al núcleo familiar (UPC).

La gráfica 11 presenta el valor pagado por artículos o servicios de salud demandados por el hogar en el último mes. Se observa que el promedio de GBS para el último mes en la zona norte de Santiago de Cali fue del 54.9% para los gastos en artículos farmacéuticos, con o sin fórmula médica (automedicación), desinfectantes, preservativos, anticonceptivos, vitaminas, insumos farmacéuticos. El 34.8% de los GBS para el último mes corresponde al rubro de pagos en efectivo por consultas médicas, odontología y exámenes; mientras el 10.2% se pagó por

cuotas moderadoras de EPS relacionadas con consulta medicina, odontología, especialistas, medicamentos y exámenes.



- **Gastos de Bolsillo en Salud por el último año.** Para analizar los GBS realizados por los hogares de la zona norte en la ciudad de Cali durante los últimos los 12 meses, de enero a diciembre de 2018, se clasificaron en 18 grupos los artículos y servicios que podrían comprar y pagar los hogares de la zona.

La tabla 19 reúne los GBS promedio por concepto de artículos o servicios en salud que compraron o pagaron los hogares de la zona. Se estableció que en promedio los hogares gastaron \$3.412.211 en artículos o servicios de salud. Encontrando que los cinco grupos con gastos más representativos corresponden al pago anual por medicina prepagada con un valor promedio de \$1.255.556, servicios médicos hospitalarios para particulares por \$557.738, anteojos por valor de \$353.488, servicios básicos hospitalarios para pacientes particulares internos con \$306.439 y compra de zapatos ortopédicos por \$208.125; adicionalmente, es de resaltar que

cuatro grupos no tuvieron consumos: soportes de cuello, fajas quirúrgicas, soportes para rodilla; Equipo para masajes médicos; Otros aparatos ortopédicos y Otros servicios extra-hospitalarios como alquiler de equipo terapéutico.

La gráfica 12 representa el GBS promedio anual realizado por los hogares de la zona norte de la ciudad de Santiago de Cali, se logra establecer que el 78.6% de los gastos de bolsillo de los hogares se realiza en el pago de artículos o servicios de salud comprendidos en los cinco (5) primeros grupos, mientras el 21.4% restante se gasta en los artículos y servicios de nueve (9) grupos: Servicios médicos menores; Sillas de ruedas; Vacunas; Prótesis; Botiquines de primeros auxilios; Muletas; Seguros relacionados con la salud; Copagos y Tensiómetros. Igualmente, se destaca que cuatro (4) grupos de artículos y servicios en salud no fueron demandados, no se evidencian pagos por el último año.

Tabla 19. Gastos de Bolsillo en Salud del último año

Código	Durante los últimos doce meses de enero a diciembre de 2018, ¿cuáles de los siguientes artículos compraron o qué servicios pagaron las personas de este hogar?	Valor promedio	%
12530101	Pago anual por medicina prepagada.	\$ 1.255.556	36,8
6300200	Servicios médicos hospitalarios para particulares: atención de médicos (generales y especialistas), odontólogos, paramédicos, exámenes, radiografías y terapias.	\$ 557.738	16,3
6130101	Anteojos, gafas o lentes de contacto formulados	\$ 353.488	10,4
6300100	Servicios básicos hospitalarios para pacientes particulares internos: alojamiento, alimentación, transporte en ambulancia, medicamentos, maternidad.	\$ 306.439	9,0
6130104	Zapatos ortopédicos	\$ 208.125	6,1
6300301	Servicios médicos menores (pequeña cirugía, cirugía ambulatoria, urgencias, etc.).	\$ 166.143	4,9
6130102	Sillas de ruedas, camas y colchones especiales (de hospital para uso en el hogar)	\$ 125.000	3,7
6110114	Vacunas.	\$ 102.917	3,0
6130107	Prótesis (miembros artificiales), dentaduras postizas	\$ 80.000	2,3
6120104	Botiquines de primeros auxilios	\$ 71.333	2,1
6130103	Muletas y bastones ortopédicos	\$ 67.222	2,0
12530103	Seguros relacionados con la salud: médico, maternidad, neonatal, ambulancia, de accidentes, etc.	\$ 63.333	1,9
12530101	Copagos (pago adicional por hospitalizaciones o cirugías de beneficiarios de EPS).	\$ 37.917	1,1
6130109	Tensiómetros (eléctricos, manuales y de otro tipo), estetoscopios, glucómetros.	\$ 17.000	0,5
6130105	Soportes de cuello, bragueros, fajas quirúrgicas, medias elásticas para traumatología; soportes para rodilla, pie, brazo, etc.	\$ 0	0,0
6130106	Equipo para masajes médicos	\$ 0	0,0
6130108	Otros aparatos ortopédicos: ojos de cristal, audífonos.	\$ 0	0,0
6230400	Otros servicios extra-hospitalarios: alquiler de equipo terapéutico.	\$ 0	0,0
Total GBS del último año		\$ 3.412.211	100,0

Grafica 12 GBS del último año



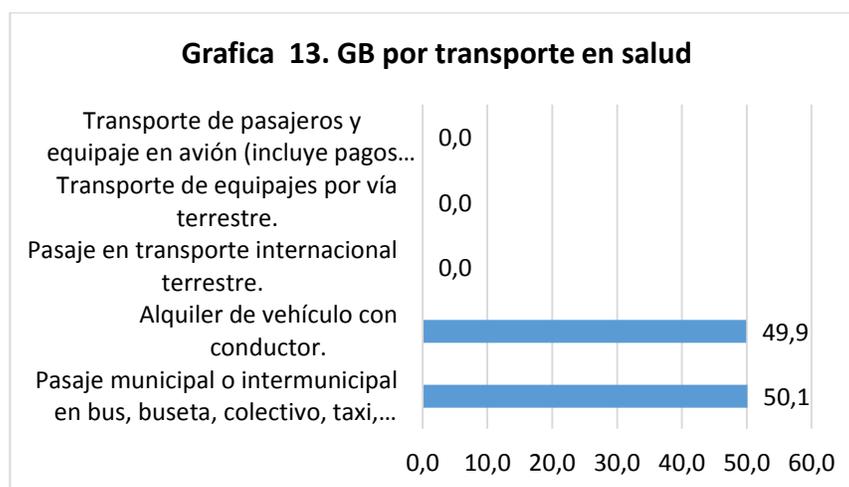
- **GBS por servicios de transporte en el último año.** Para el último año se preguntó por el pago o la compra de bienes y servicios en salud, encontrando que los hogares encuestados tienen un promedio de gastos

anual por transporte de \$120.224. Este valor está representado por el pago de Pasajes municipales o intermunicipales en bus, buseta, colectivo, taxi, etc., por valor de \$60,224 y en alquiler de vehículo con conductor por valor de \$60.000, ver tabla 20.

Tabla 20. Gasto de bolsillo por servicios de transporte en salud en año

Código	Durante los últimos doce meses de enero a diciembre de 2018, ¿cuáles de los siguientes artículos compraron o qué servicios pagaron las personas de este hogar?	Valor promedio	%
7320201	Pasaje municipal o intermunicipal en bus, buseta, colectivo, taxi, aerovans, chiva, campero, etc.	\$ 60.224	50,1
7320205	Alquiler de vehículo con conductor.	\$ 60.000	49,9
7320202	Pasaje en transporte internacional terrestre.	\$ 0	0,0
7320204	Transporte de equipajes por vía terrestre.	\$ 0	0,0
7330100	Transporte de pasajeros y equipaje en avión (incluye pagos por exceso de equipaje).	\$ 0	0,0
Total GBS por Transporte		\$ 120.224	100,0

En la gráfica 13 se representa el valor pagado por los hogares por concepto de transporte. El 50,1% de los pagos realizado por los hogares corresponde a pasajes municipales o intermunicipal y 49.9% de los pagos se realizó por concepto de alquiler de vehículo con conductor.



6.3 GBS Y SECTOR COMERCIAL DE COMPRA DEL ARTÍCULO

Para analizar los gastos de bolsillo según el sector comercial donde se adquieren los hogares de la zona norte de Cali los bienes y servicios en salud se tuvieron en cuenta dos grandes grupos: el primero relacionado con el lugar de compra del artículo o servicio en salud y el segundo correspondiente a la frecuencia del gasto o frecuencia de la adquisición del artículo o servicio de la salud.

- **Lugar de compra del artículo o servicio en salud.** Para preguntar en el hogar por el lugar de compra del artículo o servicio en salud se identificaron 20 subgrupos de posibles lugares de compra. Por medio de la encuesta se logró establecer que los hogares adquieren los artículos o servicios en salud en 13 lugares diferentes, existiendo 7 lugares que no son frecuentados como sitio de compra para este tipo de bienes, ver tabla 21.

Tabla 21. Lugar de compra de los artículos o servicios en salud

Lugares de compra del artículo o servicio en salud	Número de hogares	%
16 Establecimientos especializados en venta del artículo o la presentación del servicio adquirido	101	36,1
17 Farmacias y droguerías	90	32,1
24 Otro	24	8,6
6. Tiendas de barrio	18	6,4
1. Almacenes, supermercados de cadena, tiendas por dpto.	14	5,0
5. Supermercados de barrio	13	4,6
20 Persona particular	7	2,5
9. Graneros	3	1,1
22 A través de Internet	3	1,1
3. Cooperativas, fondos de empleados y comisariatos	2	0,7
4. Supermercado de cajas de compensación	2	0,7
7. Misceláneas de barrio y cacharrerías	2	0,7
21 Ferias especializadas: artesanal, del hogar, del libro, de computadores, etc.	1	0,4
2. Hipermercados	0	0,0
8. Cigarrerías, salsamentarias y delicatessen	0	0,0
11. Centrales mayoristas de abastecimiento	0	0,0
13. Vendedores ambulantes o ventas callejeras	0	0,0
14. Sanandresitos	0	0,0
15 Bodegas o fábricas	0	0,0
23 Televentas y ventas por catálogo	0	0,0
Total	280	100,0

Fuente. Esta investigación

Entre los lugares de compra del artículo o servicio en salud están los establecimientos especializados en venta del artículo o la presentación del servicio adquirido al cual asistieron 101 hogares; 90 hogares adquieren sus productos en farmacias y droguerías; 24 hogares manifestaron comprar los artículos en otros lugar, sin manifestar cuál es ese otro lugar; para 18 hogares sigue siendo el lugar de compra preferido la tienda de barrio; en 14 hogares son los almacenes y

supermercados de cadena y 13 hogares compran los artículos de salud en los supermercados de barrio.

Entre los siete lugares donde los hogares no reportaron compras de artículos o servicios de salud están: los Hipermercados, las Cigarrerías, las Centrales mayoristas de abastecimiento, los Vendedores ambulantes, los San Andresito, las Bodegas o fábricas y el servicio de Tele ventas y ventas por catálogo.

En la gráfica 14 se pueden apreciar los sitios donde los hogares de la zona norte de Cali adquieren sus bienes o servicios en salud, destacándose que el 36.1% de los hogares realizan las compras de servicios de salud en establecimientos especializados en la prestación del servicio. En cambio, el 56.7% de los hogares compran sus artículos de salud en las droguerías, tiendas de barrio, almacenes de cadena y supermercados de barrio. Para resaltar las compras que realizan los hogares en algún punto de venta del barrio las cuales representan el 12.8%, con esto se valida que un punto de venta del barrio es la primera opción.

Gráfica 14. Lugar de compra del artículo o servicio en salud



- **Frecuencia del Gasto de Bolsillo en Salud.** En la tabla 22 se presenta la frecuencia de compra de artículos y servicios en salud por los hogares de la zona norte de Cali o frecuencia del gasto de bolsillo por compra de artículos o servicios de salud.

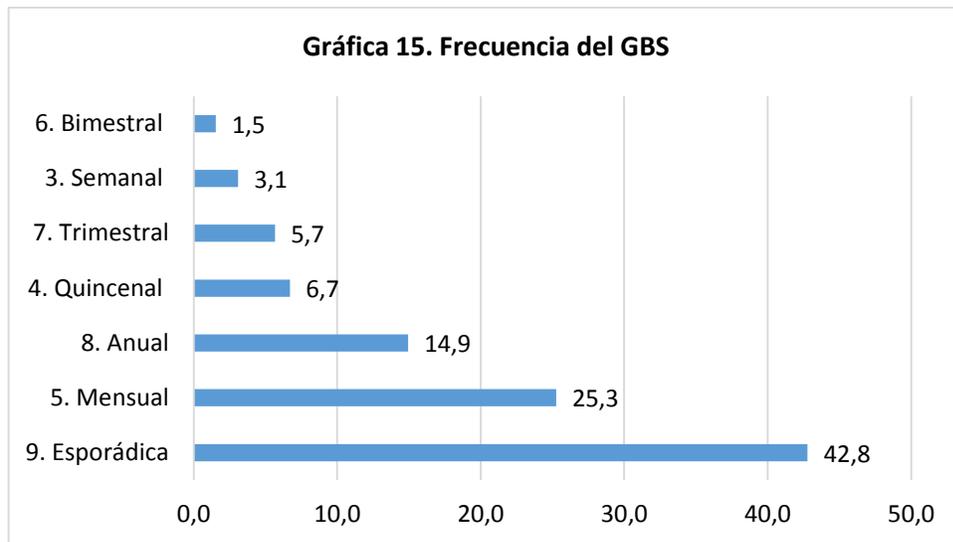
Se observa que 83 hogares en la zona norte de Cali realizan sus gastos en salud de manera esporádica y según la necesidad; 49 hogares informaron que el gasto en salud se realiza de forma mensual, 29 hogares realizan el gasto anual. 13 de manera quincenal, para 11 hogares la frecuencia del gasto es trimestral, para 6 es semanal y 3 hogares informaron que la frecuencia del gasto es bimestral.

Tabla 22. Frecuencia del Gasto de Bolsillo en Salud

Frecuencias del gasto	Número de hogares	%
9. Esporádica	83	42,8
5. Mensual	49	25,3
8. Anual	29	14,9
4. Quincenal	13	6,7
7. Trimestral	11	5,7
3. Semanal	6	3,1
6. Bimestral	3	1,5
Total	194	100,0

Fuente. Esta investigación

La gráfica 15 representa la frecuencia de gasto de bolsillo en salud realizado por los hogares de la zona norte de la ciudad de Cali. Se aprecia que el 42.8% de los hogares realizan el gasto de manera esporádica; para el 25.3% la frecuencia del gasto en salud es mensual; para el 14.9% la frecuencia del gasto es anual; para el 6.7% es quincenal, para el 5.7% es trimestral, para el 3.1% es semanal y para el 1.5% la frecuencia del gasto en compra de artículos o servicios en salud es bimensual.



Fuente. Esta investigación

Lo anterior da cuenta de la frecuencia con la que los miembros del hogar asisten a los diferentes establecimientos comerciales para adquirir los bienes y servicios relacionados con la salud, pero no de los patrones de gasto en dichos establecimientos, es decir, cuánto compran en cada uno de los establecimientos y cada cuánto compran. Sencillamente se mide el peso de cada sector comercial y la frecuencia del gasto para hogares de la zona norte de la ciudad de Cali.

Los resultados muestran claramente que se mantiene la tendencia en la cual los hogares de menor capacidad adquisitiva son los que mayor carga de bienes y servicios de la salud tienen que afrontar. De otro lado, si bien los lugares más frecuentados para todos los hogares son los establecimientos especializados en prestación de servicios de salud y las farmacias y droguerías, los resultados indican que para los hogares tienen gran peso las compras en los establecimientos de barrio. Esta situación se presenta por la frecuencia y el monto de su gasto.

7. DISCUSIÓN

El trabajo consistió en identificar los gastos de bolsillo en salud de los hogares de las comunas de la zona norte en la ciudad de Cali dependiendo de los ingresos y los gastos mensuales expresados en número de SMMLV. Para la discusión se considera la encuesta de ingresos y gastos del DANE 2006-2007, teniendo en cuenta que los incrementos del SMMLV en Colombia, desde el año 2007 hasta el año 2018, no han generado un aumento en el poder adquisitivo de los colombianos, es decir, en términos económicos el salario mínimo no ha sufrido un incremento real (ver Anexo B), por lo cual, el referente de discusión es plenamente válido para el año 2018

Las comunas de la zona norte de Cali se seleccionaron con base en la zona de influencia de la E.S.E. Red de Salud Norte. En la zona, el 36.4% de las encuestas se aplicaron en la comuna 6, situación que refleja la importancia de la comuna y se encuentra en coherencia con el Censo Económico del DANE (2005) donde se determinó que el 3,8% de las unidades económicas de la ciudad se encontraban en dicha comuna, de las cuales 65,1% pertenecían al sector comercio, 25,6% al sector servicios y 9,3% a industria. Esta composición es consecuente con el total para la ciudad de Cali, donde el sector comercial es el predominante, participando con el 60,4% de todas las unidades económicas de la ciudad.

De acuerdo con los datos sobre las características sociodemográficas por departamentos del DANE (2018) se estima que en el Departamento del Valle del Cauca un hogar está conformado en promedio por 3.2 a 3.5 personas, para esta investigación, se tomó el valor máximo, considerando que un hogar en promedio está conformado por 3.5 personas; una vez aplicada la encuesta se logró estimar que en la zona norte de Cali los hogares están conformados en promedio por 3.1 personas. Este dato es aceptable considerando que en la cabecera urbana el

número de personas por hogar es más bajo que en la cabecera rural. Otro dato que permite un paralelo es la encuesta de ingresos y gastos -ENIG- 2006-2007 realizada por el DANE a nivel nacional, donde se observa que el promedio de personas por hogar es 3.9 personas a nivel nacional, en la cabecera urbana es de 3.8 personas y en el sector rural es de 4.5 personas por hogar. Estos datos corroboran la importancia que tiene el factor: número de personas que componen un hogar para el presente estudio.

La investigación determinó que el estrato socioeconómico predominante para la zona norte de la ciudad de Cali es el estrato bajo (2) con el 30.9%, seguido del estrato medio-bajo (3) con el 29.1% de participación. En la información aportada por Subdirección de Desarrollo Integral/DAP en Cali en Cifras (2015) se encuentra que el estrato socioeconómico moda para la zona norte de Cali es el estrato tres (3). Considerando el margen de precisión o error máximo admisible en términos de proporción del 5% establecido en la metodología se puede argumentar que existe similitud en los resultados.

Este estudio permitió conocer que el 43% de los jefes de hogar tienen un nivel de educación superior, confrontando este parámetro con el estrato socioeconómico predominante para la zona norte de la ciudad de Cali (estrato 3) y el nivel de ingresos de los hogares (menos de tres SMMLV), se puede inferir que no necesariamente el nivel educativo viene correlacionado con el estrato del lugar de residencia.

Es interesante resaltar que la encuesta Nacional de Ingresos y Gastos 2006-2007 realizada por el DANE en 24 ciudades de Colombia determinó que el 66.7% de los hogares recibían menos de tres (3) SMMLV. De acuerdo con los resultados de la encuesta Nacional de Presupuestos de los Hogares -ENPH- 2016-2017 (DANE, 2017) se observa que para Bogotá el 58.7% de los hogares registran hasta 3 SMMLV de ingreso monetario mensual disponible. En la presente investigación,

para los hogares del sector norte de la ciudad de Cali, se logró establecer que el 82.8% de los hogares percibían menos de tres (3) SMMLV (en cifras del año 2018 aproximadamente \$2.343.726), es decir, 16.1% más hogares que en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos 2006-2007, y 24.1% puntos más que los bogotanos; lo cual implica que más cantidad de hogares en la zona norte de la ciudad de Cali están percibiendo menos ingresos que el promedio nacional y que los bogotanos, es decir, son más los hogares caleños que en promedio reciben menos de tres SMMLV.

Teniendo en cuenta el nivel de ingresos promedio de los hogares, también es importante resaltar que en el número promedio de personas que aportan ingresos al hogar para el presente estudio es de 1.7 personas, frente al promedio de perceptores por hogar de 2.1 determinado por el DANE en la clasificación de los hogares según cantidad de perceptores de ingresos de la unidad de gasto en la Encuesta Nacional de Presupuestos de los Hogares -ENPH- 2016-2017 (DANE, 2017); adicionalmente, es de resaltar que el número promedio de personas por hogar es determinante al considerar los gastos de bolsillo en salud, por ejemplo, para el presente estudio el promedio de personas por hogar es 3.1 personas frente al dato del DANE en la misma encuesta que establece que es de 3.5 personas para la cabecera urbana.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos -ENIG- de 2006-2007 se puede observar el patrón de gasto permanente de los hogares, para el cálculo de los GBS no se incluyen los gastos menos frecuentes de los hogares, estableciendo, en promedio para el país, que los hogares destinan el 3,1% del total de gastos a pagos directos a la salud. *Por regiones*, El Caribe es la de mayores gastos de bolsillo como porcentaje del gasto total (3,5%), seguida por la Pacífica (3,1%), la Oriental (3,0%), la Central (2,95%) y Bogotá (2,7%). *El resultado por ciudades capitales*, para una mayor desagregación, de la región suroccidental (Región Pacífica) se identifica que el gasto en salud como

porcentaje del gasto total de los hogares representa para la ciudad de Popayán un 4.5%, para Pasto un 3.8%, Cali un 2.8% y Quibdó el 2.4%, siendo ésta ciudad la de menor gasto en Colombia.

Adicionalmente, el indicador para GBS encontrado para Colombia con base en la Encuesta de Calidad de Vida 2010, donde los resultados indican que, como porcentaje del gasto total, los hogares destinan cerca del 30% a alimentación, 25% a vivienda y 9% a transporte, es decir, que dos terceras partes del gasto total se destinan a estos tres tipos de bienes y servicios; para el caso de la salud encontraron un gasto promedio del 2,1% (Ramírez, 2012). Estos indicadores se pueden equiparar con el indicador resultante de la consulta realizada en los hogares de la zona norte en la ciudad de Cali, donde se logró establecer que el gasto de bolsillo en salud representa el 2.5% de la estructura de ingresos del hogar.

El Gasto de Bolsillo en Salud de los hogares colombianos en promedio, según la Encuesta de Ingresos y Gastos 2006-2007, se estimó en \$36.334; en la presente investigación se encontró que ese gasto representa en promedio \$57.533. Ajustando el valor encontrado por la encuesta del año 2007 con el índice de inflación hasta el año 2018, fecha del presente estudio, se estima que el valor del gasto de bolsillo en salud para los hogares caleños debe ser del orden de \$56.057; encontrando que el valor promedio invertido en gastos de bolsillo en salud para la época de la encuesta del DANE (año 2007) es similar al valor presente (año 2018), con lo cual se demuestra que el incremento del SMMLV en Colombia no ha generado un aumento en el poder adquisitivo de los colombianos.

De acuerdo con el boletín del Ministerio de salud y Protección Social (2015), la distribución porcentual del GBS en salud por concepto de adquisición de medicamentos representaba el 40.7%. En esta investigación se encontró que el gasto por adquisición de medicamentos representa para los hogares de la zona

norte de Cali el 54.9%, esto significa que los caleños consumen más medicamentos que el registro nacional, es decir, consumen 14.2% por encima del nivel nacional.

En GBS, de acuerdo al estudio realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), se determinó que los hogares, por concepto de consultas médicas y consultas odontológicas consumían un 37.6%; por exámenes de laboratorio un 6.4%; por adquisición de lentes, audífonos o aparatos ortopédicos con una participación del 4.5% y por atención hospitalaria un 4.1%. Esta investigación determinó que los hogares de la zona norte de Cali por consultas médicas y odontológicas consumen un 16.3% (se consume un 21.3% menos que el boletín realizado por el Minsalud); por exámenes de laboratorio un 9% (se consume un 2.6% más que el nivel nacional); por adquisición de lentes, audífonos o aparatos ortopédicos con una participación del 24.9% (los caleños consumen un 20.4% más que el nivel nacional), y en atención hospitalaria un 4.9% (se consume un 0.8% más en los hogares caleños que el nivel nacional).

La Encuesta de Ingresos y Gastos 2006-2007 encontró que en general el gasto promedio en transporte de los colombianos era de \$175.307, en la presente investigación se logró establecer que el gasto en transporte para recibir los servicios de salud es de \$120.224. En este caso se está comparando un valor de consumo mensual en transporte general frente a un consumo mensual promedio de transporte focalizado solo en la salud.

Respecto el lugar de compra de los artículos y servicios de salud por los hogares de la zona norte de Cali, se puede apreciar en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos 2006-2007, que el 5.1% de los hogares adquirieron los productos de salud en supermercados de cajas de compensación, el 4.0% en cooperativas y fondos de empleados, el 3.6% en establecimientos especializados, el 2.5% en farmacias y droguerías, el 2.4% en vendedores ambulantes y el 2.2% de los hogares

adquirieron los productos en almacenes o supermercados de cadena. Este factor difiere de los resultados logrados en el presente estudio, donde el 36.1% acude a comprar los servicios de salud en un lugar especializado y el 32.1% adquieren los bienes para la salud en farmacias y droguerías, mientras el 15.3% de los hogares de la zona norte en la ciudad de Cali prefieren como lugar de compra de los productos para la salud los negocios de barrio. Estos lugares de compra se encuentran en correlación directa con la frecuencia del gasto en salud para los hogares de la zona de estudio, donde las compras en salud se realizan de preferencia de manera esporádica o de carácter mensual. Situación que es consecuente con el nivel de ingreso de los hogares en el sector como del estrato socioeconómico.

8. CONCLUSIONES

El consumo de las personas está determinado por su propensión marginal a consumir, es decir, si incrementa el consumo de una persona es porque aumenta su ingreso. El ingreso es un factor que influye al momento de tomar la decisión del consumo. En este sentido es interesante ver como cobran importancia los postulados sobre el comportamiento de los consumidores de economistas como Keynes, Friedman y Fisher, para comprender cómo se comporta el gasto o consumo de los hogares por salud a medida que cambia su nivel de ingresos o cuando aumenta la necesidad de salud. Interesante tener presente que en el mercado de la salud los principios de la teoría del consumidor cambian, porque la demanda de bienes o servicios de salud no solo dependen del ingreso sino de la necesidad de atención inmediata y de la demanda inducida o recomendación de un profesional de la salud, prima la necesidad por calmar la dolencia antes que el ingreso de las personas.

Las variables de medición de los gastos de bolsillo en salud determinan los conceptos en los cuales gastan los hogares de las comunas de la zona norte de Cali, logrando clasificarse en dos grupos, variables genéricas y variables específicas. Las genéricas tienen que ver con las características socioeconómicas (conformación del hogar, ingresos, gastos y afiliación al sistema de salud). Las variables específicas se concentran en cuatro grupos: i. Honorarios médicos (gastos por Consultas médicas, Tratamientos Odontológicos, Laboratorio Clínico, Rayos X, Exámenes de Diagnóstico, Rehabilitación y terapias alternativas); ii. Compra de medicamentos con fórmula o sin formula médica o automedicación; iii.

Atención hospitalaria (como hospitalizaciones, cirugías ambulatorias y vacunas) y iv. Otros bienes y servicios (como elementos ortopédicos, dispositivos, lentes, audífonos). Por fuera de estos grupos se consideró el costo del transporte que utiliza el usuario para adquirir salud, de acuerdo al acuerdo 260.

Se observa que los casos los hogares de mayor gasto total son los que menor proporción de recursos destinan a la compra de bienes y servicios de la salud, cuando se comparan con los hogares de menor capacidad. En otras palabras, los hogares de más baja condición económica son los que tienen que afrontar mayor carga de gastos en salud. Las ciudades pequeñas como Popayán con el 4.5% y Pasto con un gasto en salud del 3.8% superan en demanda en salud a una ciudad como Cali. El estudio permitió determinar que la participación del gasto de bolsillo en salud es del 2.8% sobre el nivel de ingresos. La causa puede estar en los obstáculos por el acceso a los servicios de salud, considerando las barreras legales, institucionales, económicas y geográficas; como la poca confianza en la calidad de los médicos, que les impide a los hogares de las ciudades pequeñas recibir los servicios de salud viéndose abocados a recurrir a gastos de bolsillo para cubrir su demanda de salud.

Un aspecto interesante son los sitios de compra de los hogares al momento de adquirir artículos y servicios de la salud. Por las características particulares de éste mercado son los centros especializados y las farmacias y droguerías las más frecuentadas por los hogares para adquirir los bienes o servicios en salud. En promedio, el 68.2% de los hogares acuden a este tipo de establecimientos para realizar las compras en salud; igualmente, para tener en cuenta, el 15.3% de hogares que recurren al negocio del barrio por el bien en salud. Lo anterior da cuenta de la frecuencia, bien esporádica o mensual, con la que los miembros del hogar asisten a los diferentes establecimientos para adquirir bienes y servicios relacionados con la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Ávila Larreal, A., & Rangel Matos, L., & Briceño García, A. (mayo-agosto 2011). Pobreza y gasto de bolsillo: atención primaria del municipio Trujillo, Venezuela. *Multiciencias*, vol. 11 núm. 2.
- Castillo, o (2016). Gasto de bolsillo en salud de los hogares caleños: relación con siete sectores de la ciudad recuperado de <http://hdl.handle.net/10893/9264>
- Castro CE. (2012). *Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América latina*. Colombia: Fescol.
- Dane. Centro Andino de Altos Estudios Candane. (2007). *Cartilla de conceptos básicos e indicadores demográficos*. Talleres regionales dirigidos a los grupos étnicos. "La información estadística del Censo General 2005 y su pertinencia en la planeación del desarrollo local y regional".
- Gerdtham, Ulf-G. & Jonsson, Bengt, (2000). "International comparisons of health expenditure: Theory, data and econometric analysis," *Handbook of Health Economics*, in: A. J. Culyer & J. P. Newhouse (ed.), *Handbook of Health Economics*, edition 1, volume 1, chapter 1, pages 11-53 Elsevier.
- Gil A, Martínez J, Gutiérrez J, Díaz RD. (2008) *Determinantes del Gasto de Bolsillo y Catastróficos en la región central de Colombia*. *Gestion & Region* 2008 (11): 42
- Grossman, Michael. (1972). "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, vol. 80, pp. 223-255.
- Gwatkin DR, Guillot M, Heuveline P. (1999) The burden of disease among the global poor. *Lancet* 1999;354 (9178):586-589).
- La carga de enfermedad en poblaciones pobres. (noviembre 1999). *Rev Panam Salud Pública*, vol.6, no.5, p.347-348. ISSN 1020-4989
- Ministerio de Salud. (2018). "Normatividad Leyes". Min salud, Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Leyes.aspx
- Naciones Unidas (2008), "objetivos del desarrollo del milenio: la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe". *Publicación de Naciones Unidas*.
- Normatividad. (2016)."Constitución Política de Colombia", Corte Constitucional. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
- OCDE (2005) *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud – México, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico*. Paris. 2005.
- The World health Report 2000. Organización Mundial de la Salud. Ginebra,

- Suiza. 2000 Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2005) *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos*. Génova: metodología por Ke Xu; 2005
- Pavon -Leon, Patricia et al. (2017) Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. *Gac Sanit* [online]. Vol.31, n.4, pp.286-291. ISSN 0213-9111. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.015>.
- Pérez, G.V y Silva, A. (2015). Documento de trabajo Economía Regional sobre *Una Mirada a los Gasto de Bolsillo en Salud para Colombia*, Núm. 218. Recuperado de http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_218.pdf
- Ramírez, Manuel. (2012). “Eficiencia en la provisión de bienes sociales”, Misión de Ciudades, Informe final, *Departamento Nacional de Planeación (DNP)*, Bogotá.
- Ramírez, Manuel; Cortés, Darwin; Gallego, Juan. (2002). “El gasto en salud de los hogares colombianos: un análisis descriptivo”, *Lecturas de Economía*, vol. 57, Universidad de Antioquia, Departamento de Economía, pp. 87-125.
- San Martín, Hernán, Pastor, Vicente, (1899), *Economía de la salud*. Primera edición, Mc Graw-Hill.
- Sosa R. S., Salinas R. A., Galarraga, O. (2008) *Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005- 2008*. México.

ANEXO A

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el docente ANTONIO JOSE PALACIOS, y los estudiantes YURY ADRIANA GUERRERO Y JUAN CARLOS HERNANDEZ de la Universidad ANTONIO JOSE CAMACHO.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una encuesta. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, He sido informado (a)

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 5 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier

momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

ANEXO B

Variación del Salario Mínimo e Inflación en Colombia

Año	Salario mínimo mensual	Variación del salario mínimo	Inflación del año	Decretos del Gobierno Nacional
2006	408.000,00	6,95%	4,48%	4686 de diciembre 21 de 2005
2007	433.700,00	6,30%	5,69%	4580 de diciembre 27 de 2006
2008	461.500,00	6,40%	7,67%	4965 de diciembre 27 de 2007
2009	496.900,00	7,70%	2,00%	4868 de diciembre 30 de 2008
2010	515.000,00	3,60%	3,17%	5053 de diciembre 30 de 2009
2011	535.600,00	4,00%	3,73%	033 de enero 11 de 2011
2012	566.700,00	5,80%	2,44%	4919 de diciembre 26 de 2011
2013	589.500,00	4,02%	1,94%	2738 de diciembre 28 de 2012
2014	616.000,00	4,50%	3,66%	3068 de diciembre 30 de 2013
2015	644.350,00	4,60%	6,77%	2731 de diciembre 30 de 2014
2016	689.455,00	7,00%	5,75%	2552 de diciembre 30 de 2015
2017	737.717,00	7,00%	4,09%	2209 de diciembre 30 de 2016
2018	781.242,00	5,90%	3,18%	2269 de diciembre 30 de 2017

Adaptación: Banco de la República y DANE

ANEXO C



ENCUESTA DE CONSUMO GASTOS DE BOLSILLO EN SALUD

Propósito: Determinar la participación de los gastos de bolsillo en salud de los hogares en las principales ciudades del suroccidente Colombiano para el año 2018

Fecha	No. Comuna	Nombre del Barrio	Estrato socioeconómico	0	1	2	3	4	5	6
Conformación del hogar:		Presencia de población vulnerable en el hogar:			Nivel educativo del jefe de hogar:					
Cuántos hombres		Niños menores de 5 años			Primaria incompleta					
Cuántas mujeres		Adultos mayores de 65 años			Primaria completa					
Cuántos niños < 5 años		Mujeres en edad reproductiva (15-44 años)			Secundaria incompleta					
Cuántos Adultos mayores		Personas discapacitadas			Secundaria completa					
					Superior					

Cuántas personas del grupo familiar aportar ingresos para el hogar:

En qué rango se encuentran los ingresos mensuales promedio del hogar:

Menos de 1 SMLMV	De 1 a menos de 2 SMLMV	De 2 a menos de 3 SMLMV	Más de 3 SMLMV	Sin información
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Qué valor promedio suman los gastos mensuales en salud del hogar:

Cuál es el régimen de afiliación del jefe del hogar al sistema de salud:	Subsidiado	Cuál es el valor mensual pagado o descontado por el servicio de salud por:	Cuotas moderadoras
	Contributivo		Copagos
	Especial		Medicina Prepagada
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

	Ninguna					
Código	Durante el pasado mes de _____ , ¿cuáles de los siguientes artículos compraron o qué servicios pagaron las personas de este hogar?	Si	No	Valor	Lugar de compra del artículo o servicio*	Frecuencia del gasto**
6240100	Cuotas moderadoras de EPS, ARS (medicina, odontología, especialistas, medicamentos, exámenes, etc.)					
6240200	Bonos de medicina prepagada o pago en efectivo por consultas, odontología, medicamentos, exámenes, etc.					
12400303	Pagos adicionales de EPS, diferentes al núcleo familiar (UPC)					
	Gastos en Artículos Farmacéuticos, con o sin fórmula médica (automedicación), Desinfectantes, Preservativos, Anticonceptivos, Vitaminas, Insumos					
Código	Durante los últimos doce meses de ____ a ____ , ¿cuáles de los siguientes artículos compraron o qué servicios pagaron las personas de este hogar?	Si	No	Valor	Lugar de compra del artículo o servicio*	Frecuencia del gasto**
6300100	Servicios básicos hospitalarios para pacientes particulares internos: alojamiento, alimentación, transporte en ambulancia, medicamentos, maternidad					

6300200	Servicios médicos hospitalarios para particulares: atención de médicos (generales y especialistas), odontólogos, paramédicos, exámenes, radiografías y terapias					
6300301	Servicios médicos menores (pequeña cirugía, cirugía ambulatoria, urgencias, etc.)					
6110114	Vacunas					
12530103	Seguros relacionados con la salud: médico, maternidad, neonatal, ambulancia, de accidentes, etc					
12530101	Pago anual por medicina prepagada					
12530101	Copagos (pago adicional por hospitalizaciones o cirugías de beneficiarios de EPS)					
6120104	Botiquines de primeros auxilios					
6130101	Anteojos, gafas o lentes de contacto formulados					
6130102	Sillas de ruedas, camas y colchones especiales (de hospital para uso en el hogar)					
6130103	Muletas y bastones ortopédicos					
6130104	Zapatos ortopédicos					
6130105	Soportes de cuello, bragueros, fajas quirúrgicas, medias elásticas para traumatología; soportes para rodilla, pie, brazo, etc.					
6130106	Equipo para masajes médicos					
6130107	Prótesis (miembros artificiales), dentaduras postizas					
6130108	Otros aparatos ortopédicos: ojos de cristal, audífonos					
6130109	Tensiómetros (eléctricos, manuales y de otro tipo), estetoscopios, glucómetros					

6130110	Copagos (pago adicional por hospitalizaciones o cirugías de beneficiarios de EPS)				
6230400	Otros servicios extrahospitalarios: alquiler de equipo terapéutico				
12530101	Pago anual por medicina prepagada				
6300401	Copagos (pago adicional por hospitalizaciones o cirugías de beneficiarios de EPS)				
6120104	Botiquines de primeros auxilios				
6130101	Anteojos, gafas o lentes de contacto formulados				
6130102	Sillas de ruedas, camas y colchones especiales (de hospital para uso en el hogar)				
6130103	Muletas y bastones ortopédicos				
6130104	Zapatos ortopédicos				
7320201	Pasaje intermunicipal en bus, buseta, colectivo, taxi, aerovans, chiva, campero, etc.				
7320202	Pasaje en transporte internacional terrestre				
7320204	Transporte de equipajes por vía terrestre				
7320205	Alquiler de vehículo con conductor				
7330100	Transporte de pasajeros y equipaje en avión (incluye pagos por exceso de equipaje)				

* Lugares de Compra (registre sólo el código)	
1. Almacenes, supermercados de cadena, tiendas por dpto.	13. Vendedores ambulantes o ventas callejeras
2. Hipermercados	14. Sanandresitos
3. Cooperativas, fondos de empleados y comisariatos	15 Bodegas o fábricas.
4. Supermercado de cajas de compensación	16 Establecimientos especializados en venta del artículo o la presentación del servicio adquirido
5. Supermercados de barrio	17 Farmacias y droguerías

6. Tiendas de barrio		20 Persona particular
7. Misceláneas de barrio y cacharrerías		21 Ferias especializadas: artesanal, del hogar, del libro, de computadores, etc.
8. Cigarrerías, salsamentarias y delicatessen		22 A través de Internet
9. Graneros		23 Televentas y ventas por catálogo
11. Centrales mayoristas de abastecimiento		24 Otro
** Frecuencias del gasto (registre sólo el código)		
3. Semanal		7. Trimestral
4. Quincenal		8. Anual
5. Mensual		9. Esporádica
6. Bimestral		
Elaborado Palacios, A.J. (2019) con base en Encuesta Nacional Ingresos y Gastos 2006-2007 y Encuesta Nacional de Presupuestos de los hogares – ENPH 2018 del DANE.		

