



Carga económica del copago como gasto de bolsillo, en la atención hospitalaria de pacientes adultos y pediátricos en una clínica de la ciudad de Cartagena de Indias.

Rudy Morelos Cardales

22982018146

Universidad Antonio Nariño

Programa Economía de la salud

Facultad de ciencias económicas y administrativas

Cartagena, Colombia

2021

Carga económica del copago como gasto de bolsillo, en la atención hospitalaria de pacientes adultos y pediátricos en una clínica de la ciudad de Cartagena de Indias.

Rudy Morelos Cardales

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Economía de la Salud

Director:

Omar Segura, MD-PhD, FETP

Universidad Antonio Nariño

Programa Economía de la salud

Facultad de ciencias económicas y administrativas

Cartagena, Colombia

2021

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado

Carga económica del copago como gasto de bolsillo, en la atención hospitalaria de pacientes adultos y pediátricos en una clínica de la ciudad de Cartagena de Indias.

Cumple con los requisitos para optar

Al título de **Magíster en Economía de la Salud.**



OS_2021-12-03

Firma del Tutor: Omar Segura, MD-PhD, FETP



Firma Jurado: Jaime Rodríguez G. PhD.

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En Bogotá D.C., a los 24 días del mes de noviembre del año 2021, se reunieron en la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, los abajo firmantes para el proceso de sustentación del Trabajo de Grado, como requisito para optar al título de Magister en Economía de la Salud.

TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO:

“Carga económica del copago como gasto de bolsillo, en la atención hospitalaria de pacientes adultos y pediátricos en una clínica de la ciudad de Cartagena de Indias.”

Estudiante: MORELOS CARDALES RUDY
Código: 22982018146
Cédula: 1128045701

CALIFICACIÓN: 4.4



OS_2021-11-24

DIRECTOR:

OMAR SEGURA

JURADO:



JAJME RODRIGUEZ GARZÓN

DECANO:



ENRIQUE SANDINO VARGAS

Cartagena de Indias D.T y C, 7 de noviembre de 2021.

Dedicatoria:

A Dios por su providencia.

Y

A mi familia por su acompañamiento y sacrificio incondicional.

Agradecimientos

Por la culminación de este proyecto de grado, agradezco a todos los docentes por compartir su conocimiento, en especial al Dr. Omar Segura por su guía en este proceso educativo, y a la institución prestadora de salud (Clínica Higea I.P.S S.A) por facilitarme la información necesaria para hacer posible este proyecto.

Contenido

	Pág.
Resumen	7
Abstract	8
Introducción.....	9
Planteamiento Del Problema.....	11
Justificación	13
Marco Teórico	15
Objetivo	27
Diseño Metodologico	28
Resultados	32
Discusión	39
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Referencias Bibliográficas	43

Lista de Figuras

	Pág.
Ilustración 1. Campos categóricos para pacientes adultos y pediátricos	32
Ilustración 2. Prueba de medianas para pacientes adultos y pacientes pediátricos	36

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Modelos de financiación de la salud	16
Tabla 2. Valor de copagos para régimen contributivo 2021	19
Tabla 3. Valor de copagos para régimen subsidiado 2021	21
Tabla 4. Tipos de costos en salud	23
Tabla 5. Variables.....	29
Tabla 6. Pacientes por empresa	33
Tabla 7. Total facturado	34
Tabla 8. Copago total	35
Tabla 9. Neto facturado	35
Tabla 10. Percentiles para gasto en copago.....	37

Resumen

Los gastos de bolsillo en salud son los pagos directos de bienes y servicios que realizan los hogares referentes al sector salud, entre estos se incluye el copago, que responde a un aporte directo que realizan los usuarios o sus familiares de parte del costo total de la atención médica, incluyendo medicamentos y pruebas diagnósticas. El propósito del presente estudio es determinar la carga económica del copago, como gasto de bolsillo, en la atención hospitalaria de pacientes adultos y pediátricos en una clínica de la ciudad de Cartagena de Indias D.T y C. Por medio de un tratamiento de los datos que reposan en las bases de datos de dicha clínica, se encontró que la carga económica del copago como gasto de bolsillo de los pacientes pediátricos y adultos de la clínica objeto de estudio es bastante alto, al ubicarse en los percentiles superiores, además se halló que los familiares de pacientes pediátricos tienden a presentar más gasto en copagos que los pacientes adultos y sus familias.

Palabras claves: Copago, gasto de bolsillo, carga económica, costos, salud, equidad.

Abstract

Out-of-pocket health expenses are direct payments for assets and services made by households related to the health sector, including the copayment, which responds to a direct contribution made by users or their families members of part of the total cost of the health sector medical care, including medications and diagnostic tests. The purpose of this study is to determine the economic burden of the copayment, as an out-of-pocket expense, in the hospital care of adult and pediatric patients in a clinic in the city of Cartagena de Indias D.T y C. By means of a treatment of the data that rest in the databases of said clinic, it was found that the economic burden of the copayment as out-of-pocket expense of the pediatric and adult patients of the clinic under study is quite high, as it is located in the upper percentiles, it was also found that the families members of pediatric patients tend to have more expenses in copays than adult patients and their families.

Keywords: Copayment, out-of-pocket expense, financial burden, costs, health, equity.

Introducción

En su vida, el ser humano pasa por distintas etapas, cada una de estas, guarda especial importancia para el desarrollo del mismo, a medida que este crece y se vuelve viejo, se hace más vulnerable a la aparición de enfermedades crónicas o terminales, las cuales en la mayoría de los casos carecen de una cura y obligan al paciente a sobrevivir o a convivir con ellas.

Además del paciente, la familia también sufre los efectos adversos de este tipo de enfermedades, gracias a que en el cuidado del paciente que se encuentra padeciendo, estos deben invertir recursos tales como el tiempo para su cuidado y el dinero para correr con los gastos que derivan de la enfermedad. (Cortés, 2021).

Este tipo de situación, tal como se mencionó anteriormente, genera gastos de bolsillo, los que, de acuerdo a Pérez & Silva (2017) son los pagos directos de bienes y servicios que realizan los hogares referentes al sector salud, dentro de los que se incluyen los gastos de copagos, como aportación directa, por parte de los usuarios o sus familiares, de una parte, del coste que supone la medicación prescrita para ellos, las pruebas diagnósticas o la asistencia sanitaria.

Los gastos de copago se tasan de acuerdo al nivel de ingreso o a el nivel clasificado según el sistema de identificación de potenciales beneficiarios (Sisbén) en el régimen contributivo o subsidiado respectivamente (Jímenez & Viola, 2016). El conocimiento y análisis de estos gastos, ayuda a los encargados de desarrollar las políticas públicas, a tener claridad de la situación y a proponer estrategias que mejoren el modelo de prestación de servicio, promoviendo la equidad y el provisionamiento de los bienes y servicios que se hacen necesarios para la comunidad (Pérez & Silva, 2017). Es necesario agregar

que, la equidad debe ser un factor determinante en la estimación de los porcentajes o valores de copago, pues, estos deben ser establecidos teniendo en cuenta la capacidad adquisitiva de quienes hacen uso de los servicios (Jímenez & Viola, 2016).

Planteamiento Del Problema

La participación del gasto de bolsillo en Latinoamérica y el caribe para el 2020 se acerca al 34%, bastante por encima del promedio de los países pertenecientes a la OCDE, donde el gasto de bolsillo llega casi al 21%, en Colombia específicamente llega a un 16%; aunque el panorama es alentador, ya que ha ido disminuyendo con los años, no deja de ser preocupante, pues su disminución es lenta, ya que entre los años 2010 y 2017 ha disminuido 1.5 puntos porcentuales (OECD Library, 2020).

Muy a pesar de los esfuerzos de los distintos gobiernos latinoamericanos para lograr que la atención en salud sea universal, casi el 20% de la población no cuenta con este servicio, esto deriva de la falta de recursos y de oferta, poblaciones alejadas de la ciudad y trabajadores informales, quienes tienen menos acceso a este tipo de servicios. Estas afectaciones en la salud de la persona generan gasto de bolsillo, por tal razón, el gasto de bolsillo en América Latina aporta grandes cantidades de dinero, convirtiéndose en una fuente importante en el financiamiento del sector salud.

En el sistema de salud colombiano, existen visibles desigualdades, una de estas radica en la desprotección financiera de los hogares en cuanto al gasto de bolsillo de las familias, el cual posee mayor impacto en aquellas que carecen de recursos económicos. En una investigación llevada a cabo por *Alvis et al.* (2018) en la ciudad de Cartagena, donde también tiene lugar este estudio, se encontró que el gasto de bolsillo promedio por año de las familias pobres correspondía a \$1.566.036 lo que a día de hoy representan US\$414,25, casi dos salarios mínimos legales mensuales vigentes; en los hogares de estrato medio a \$2.492.928, unos US\$ 659.44 que corresponde a 1,5 salarios mínimos legales mensuales vigentes; y, en los hogares de estrato alto a \$4.577.172, US\$ 1210.76, unos 4,5 salarios mínimos legales mensuales vigentes, teniendo en cuenta que el valor del salario mínimo legal mensual vigente (SMMLV) en

Colombia, a la fecha, es de \$908.526.; lo que, observándolo en proporción con los ingresos para los hogares pobres, representa un 14.6%, para los de estrato medio un 8.2% y un 7% en los hogares ricos.

De lo anterior, puede observarse que entre más ingresos tenga el hogar, el gasto de bolsillo tendrá un menor impacto, ahora bien, los hogares pobres que por lo general viven del día a día y que carecen de la oportunidad de ahorrar para cualquier imprevisto de salud que pueda presentarse, son quienes se ven afectados de peor manera por este tipo de gasto. Además del copago, existen otros gastos de bolsillo, tales como las cuotas moderadoras, gastos por transportes, alimentación, gastos por consulta tanto general como especializada, ayudas diagnósticas, exámenes de laboratorio, prótesis y otros insumos, medicamentos, tecnologías o servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud (NO PBS). (Prada, Sarria, & Guerrero, 2016).

El copago, como un tipo de gasto de bolsillo, tiene un gran impacto en la economía colombiana y es por esta misma razón que se convierte en foco de interés para desarrollar estudios como el presente, dando muestra de la realidad de este rubro y su impacto en la economía de las familias residentes en Colombia y más específicamente en la ciudad de Cartagena.

Con base a los costos directos que se generan en la atención de pacientes adultos y pediátricos internados en una IPS de la ciudad de Cartagena en el primer semestre del año en curso, la pregunta problema que articula el presente estudio se presenta a continuación:

¿Cuál es la carga económica del copago, como gasto de bolsillo, en la atención hospitalaria de pacientes adultos y pediátricos internados en una clínica la ciudad de Cartagena?

Justificación

La calidad de la atención en salud es un factor de especial importancia para los sistemas de salud nacionales de todos los países del mundo, en esta juegan varios factores como el trato respetuoso, la calidad de las consultas y la comunicación, los tiempos de espera y el aporte económico para acceder al servicio; todo lo anterior puede llevar a una adherencia al sistema de salud, siempre que las condiciones sean buenas, o, a evitación al momento de necesitarlo por deficiencias en los factores antes mencionados (World Bank Group, 2019).

Los pacientes con enfermedades agudas y crónicas que tienen la necesidad de ser internados en una institución hospitalaria, lo cual puede generar unos costos monetarios conocidos como gasto de bolsillo, han ido aumentando en los últimos años, en los años 2000 representaban el 5.9% del PIB de Colombia; para el 2011 llegaron a tener una representación del 6.5%, de los que el 1.6% hace parte del sector privado, de este hace parte el copago, que por sí solo aumentó del 0.8% al 1.0% en tan solo 7 años, un crecimiento del 33% (Pérez & Silva, 2017).

Existen distintos modelos de financiación para los sistemas de salud, de los que se hablará más adelante, en todos estos, el copago es un factor fundamental en mayor o menor cuantía, pero siempre hace presencia; esta inversión en copagos hace parte de lo que se conoce como gasto de bolsillo (Montañez, 2018).

La importancia de este estudio radica en el aporte que puede hacer en pro de los objetivos de la Cobertura Universal de Salud para el año 2030 por parte de la Organización Panamericana de Salud (OPS), cuyo objetivo implica que toda persona y comunidad tenga acceso a los servicios de salud necesarios sin sufrir financieramente para acceder a ellos (Organización Mundial de la Salud, 2021), la reducción del

gasto de bolsillo en salud tiene especial relevancia, especialmente en patologías de alto costo o en el caso de pacientes que requieren ser internados en una institución prestadora de salud (IPS).

Al tener claridad del impacto que causa el gasto de bolsillo en la economía de las familias, se podría generar un mayor interés en la materia, promoviendo iniciativas que lleven a aliviar el peso que este causa en las finanzas de los colombianos.

Marco Teórico

Gasto de salud

El gasto de salud es la inversión en capital humano para alcanzar la calidad de vida deseada, esto contribuye en gran manera al desarrollo económico de los países (Alvis-Estrada, Alvis-Guzmán, & De la Hoz, 2007), conformado por el gasto público y el gasto privado, conceptos que se definirán más adelante en el texto.

Definido desde la OCDE, el gasto en salud responde a la sumatoria de los gastos incurridos en las funciones básicas de atención en salud, servicios de prevención y salud pública, los seguros médicos, la administración de la salud y bienes médicos que se dispensan a los pacientes ambulatorios. Este gasto es incluido siempre que el usuario final sea nacido en el país, aunque esté en el extranjero, esto es debido a que se excluyen las exportaciones para uso final y se incluyen las importaciones para uso final (OECD Library, 2020).

En los países europeos, se manejan dos modelos distintos de financiación del gasto en salud, esto depende de las necesidades de cada país, las características de estos dos modelos se presentan a continuación en la tabla 1.

Tabla 1. Modelos de financiación de la salud

Concepto	Modelo Beveridge	Modelo Bismarck
Financiación	A través de impuestos y presupuestos del Estado	Financiación a través de cuotas de empresarios y trabajadores o a través de impuestos
Acceso	Universal	A los asegurados
Control	Gubernamental	Por entidades no gubernamentales
Otros	Implicación del Estado en la gestión de algunos copagos de usuarios	Sistema de reembolso y algunos copagos
Países	Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia	Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo, Países Bajos

Fuente: (Montañez, 2018).

En el gasto de salud tienen papel factores sociodemográficos y económicos, además de los mecanismos organizativos y financieros del sistema de salud, por medio de los cuales es posible explicar la evolución de dicho sistema, tanto en necesidades individuales como de la población total; muestra de esto es como el gasto de salud per cápita de la OCDE en 2017 era cuatro veces más que el empleado en la LAC. Realizando un promedio, los países que hacen parte de la LAC destinan un 59% en seguros

obligatorios y esquemas gubernamentales y el otro 41%, porcentaje bastante alto, a planes de pago voluntarios, recursos externos y gasto de bolsillo (OECD Library, 2020).

Gasto de bolsillo

Los gastos de bolsillo, de acuerdo a la OECD Library (2020), son aquellos gastos que se asumen directamente por los pacientes o sus cuidadores, comprendiendo aquellos gastos compartidos y los gastos informales que se pagan a proveedores de salud; esta manera de financiar los servicios de salud es considerada ampliamente inequitativa, debido a que el acceso a los servicios depende directamente de las condiciones económicas y el poder adquisitivo del paciente y no de las necesidades de salud del mismo, como debería ser (Alvis *et al.*, 2018).

El gasto de bolsillo es generado por decisión propia o por una realidad impuesta por el mismo sistema de salud, tomando la inversión en salud como un precio a pagar para generar más ingresos al gozar de bienestar; al demandar este servicio los usuarios buscan maximizar su utilidad, desde su capacidad de pago, costo de oportunidad y el precio del servicio, en el que el copago influye directamente (Montañez, 2018). A esto, algunos autores como Freile (2016) le atribuyen además el transporte, vivienda y alimentación como gastos adicionales al de salud y que van de la mano e influyen en este.

Otras concepciones acerca del gasto de bolsillo en salud, son las expuestas por la OMS (2010), quienes le atribuyen ser excluyentes, regresivos, no solidarios y un atenuante a la problemática de no anticipar la aparición de accidente y enfermedades, afectando así a los más pobres, quienes no tienen la posibilidad de ahorrar para este tipo de situaciones inesperadas.

Teniendo en cuenta lo anterior, es común que el aumento en el gasto de bolsillo se asocie a la disminución del uso de los servicios médicos, especialmente en la población más pobre, esto es debido a que en países con alto desarrollo, el gobierno busca establecer políticas que reemplacen el gasto de bolsillo por maneras equitativas de financiación, aliviando así el gasto en salud de las familias (Alvis, y otros, 2018). Otros autores suman a lo anterior que, el alto gasto de bolsillo además de la existencia de subsidios públicos que son implícitos y no focalizados o con mala organización, dejan ver falta de eficiencia en el financiamiento de los sistemas salud (OIT, OPS, 1999).

Se hace necesario aclarar que, el gasto de bolsillo, no solo hace presencia en países pobres, si bien su impacto es mayor en las familias de escasos recursos, sus repercusiones no discriminan sectores sociales (Alvis, y otros, 2018); para la realidad colombiana, la ley 100 de 1993, busca garantizar el acceso a la seguridad social, prometiendo eficiencia y equidad de la prestación de los servicios de salud, promesa que, al día de hoy, no llega a ser una realidad. En Colombia, de acuerdo a cifras de la Cámara de la Industria Farmacéutica (2020) el gasto en salud corresponde al 7,2% del PIB, donde el 20,6% corresponde a gasto de bolsillo de los colombianos.

Gasto de Copago

En aras de financiar el sistema de salud para su sostenimiento, algunos países implementan políticas mediante las que, el usuario aporta parte del servicio o producto que busca recibir mediante el copago, esto además de las tarifas que pagan por afiliación al sistema (en caso de contar con tal servicio), cuando el usuario no se encuentra afiliado a un servicio de salud, el costo que debe pagar es total, lo que causa un alza en el gasto en salud (Montañez, 2018). La OMS (2010) asume el copago

como un gasto deducible que posee una cantidad determinada que debe pagar cada paciente por el servicio al que accede.

En Colombia, los gastos de copagos se establecen por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, en el Acuerdo 260 de 2004 CNSSS, a continuación, se presenta la tabla de porcentajes de gasto en copagos para el régimen contributivo expedida propuesta por el ministerio para el 2021:

Tabla 2. Valor de copagos para régimen contributivo 2021

Rango de IBC en SMLMV (1)	Copago en % del valor del servicio (2)	Valor máximo por evento (2)	Valor máximo por año (3)	Incremento 2021/2020
Menor a 2 SMLMV	11,50%	\$ 260.747	\$ 522.402	3,5%
Entre 2 y 5 SMLMV	17,30%	\$ 1.044.805	\$ 2.089.610	3,5%
Mayor a 5 SMLMV	23,00%	\$ 2.089.610	\$ 4.179.220	3,5%

Fuente: (Minsalud, 2021).

La tabla 2 expone los porcentajes que deben ser cancelados en copagos, estos se tasan de acuerdo al salario mínimo legal mensual vigente de la persona que hace uso del sistema de salud, el termino evento empleado en la tabla hace referencia a una cirugía o una hospitalización que no requiere atención quirúrgica; otra aclaración necesaria es que la anualidad de la que se habla, se refiere a un año calendario

que comprende del 1 de enero al 31 de diciembre. De acuerdo a Minsalud (2021), estos se aplican a todos los servicios cubiertos por el plan básico de salud (PBS), con la excepción de:

- Servicios de prevención y promoción.
- Programas de control de atención materno infantil.
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
- A enfermedades catastróficas o de alto costo.
- La atención inicial de urgencias: De conformidad con lo dispuesto en el numeral 2 del artículo

3° de la Decreto 412 de 1992 o demás disposiciones que lo complementen, adicionen o modifiquen, comprende todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

- Los servicios sujetos a la aplicación de cuotas moderadoras

Para el caso de las personas pertenecientes al régimen subsidiado pagaran máximo el 10% en copago por evento, llegando a un tope de \$454.263, lo que refleja un crecimiento del 3.5% en comparación con el año anterior; en cuanto al valor máximo que se puede llegar a pagar por año, este es de \$908.526, dando muestra de un incremento del 3.5% en relación al año anterior, tal como se muestra en la Tabla 3 (Minsalud, 2021).

Tabla 3. Valor de copagos para régimen subsidiado 2021

Topes	Copago en % del servicio	Valor máximo copago 2021	Incremento 2021/2020
Valor máximo por evento	10%	\$ 454.263	3,5%
Valor máximo por año		\$ 908.526	3,5%

Fuente: (Minsalud, 2021).

Existen además poblaciones exentas de copago, para las que además la atención y cualquier actividad, intervención y procedimiento incluido en POS-S debe ser gratuita, estas son de acuerdo a Minsalud (2021):

- Niños durante el primer año de vida
- Población con clasificación UNO mediante encuesta SISBEN (cualquier edad)
- Poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN, tales como listados censales u otros, siempre y cuando presenten condiciones de pobreza similares a las del nivel UNO del SISBEN tales como:
 - Población infantil abandonada mayor de un año.
 - Población indigente.
 - Población en condiciones de desplazamiento forzado.
 - Población indígena.

- Población desmovilizada.
- Personas de la tercera edad en protección de ancianatos en instituciones de asistencia social.
- Población rural migratoria.
- Población ROM.
- El núcleo familiar de la población desmovilizada una vez identificado mediante la encuesta

SISBEN, no será sujeto del cobro de copagos siempre y cuando se clasifique en el nivel UNO del SISBEN.

Existen además otros casos de excepción de copago para la población general, estos son de acuerdo a Minsalud (2021):

- Control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones.
- Servicios de promoción y prevención.
- Programas de control en atención materno infantil.
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
- Enfermedades catastróficas o de alto costo.
- La atención inicial de urgencias: De conformidad con lo dispuesto en el numeral 2 del artículo

3° de la Decreto 412 de 1992 o demás disposiciones que lo complementen, adicionen o modifiquen, comprende todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

- La consulta médica, odontológica y consulta por otras disciplinas no médicas, exámenes de laboratorio, imagenología, despacho de medicamentos cubiertos en el POS-S y consulta de urgencia.

- Prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral de patologías.

Carga económica

La carga económica responde al peso económico que representa el proceso de atención a los pacientes que se ven afectados por determinada enfermedad, en esta se incluyen los gastos directos que se asocian a la atención médicas, tales como los medicamentos y los servicios médicos mismos, sumados a los costos indirectos, entre los que figuran la incapacidad para laborar y la muerte prematura, todos estos son asumidos por el paciente, su familia y las instituciones (Marrero, García, & Gálvez, 2020).

Costos en salud

Los costos en salud, hacen referencia al valor que tienen los recursos que se utilizan para provisionar cuidados medicos, en terminos monetarios, estos se clasifican en tangibles e intangibles (Fañinas, y otros, 2016), tal como se presenta en la tabla 4.

Tabla 4. Tipos de costos en salud

Tipos de costos	Costos directos	Costos indirectos
	Sanitarios	No sanitarios
Costos Tangibles	Salarios, electricidad, materiales, equipos,	Gasto de bolsillo del paciente y sus familiares agua, gas, pérdida de la productividad por concepto de enfermedad o muerte

	medicamentos,			
	teléfono, reactivos,			
	alimentación,			
	edificación, transporte,			
	combustibles			
Costos	Dolor,	inseguridad,	miedo,	Grado de
Intangibles	insatisfacción			satisfacción con el
				sistema de salud

Fuente: (Fañinas, y otros, 2016).

Los costos en salud por lo general aumentan en pro del ampliamiento de la cobertura y de la mejora del servicio, o a raíz de una situación epidemiológica emergente o el incremento en los precios de medicamentos, pero existen casos en los que su aumento no se ve reflejado en ninguno de estos dos frentes, pues, es la corrupción quien se apropia de los fondos, incrementando los costos, afectando directamente a la vida, la salud y el bienestar de la población en general (Lauzán, 2020).

Pacientes pediátricos y adultos

Paciente pediátrico

La consideración de paciente pediátrico depende de cada país, en general se encuentra comprendida entre el nacimiento y los 14 o 18 años, abarcando así desde los neonatos pretérmino hasta los adolescentes, lo que deja una amplia gama de características debido a los cambios propios entre las edades comprendidas. En el proceso de adquisición de las habilidades para sobrevivir, el niño adquiere

capacidades en dos procesos, el primero de estos es el crecimiento, que responde al aumento del tamaño corporal, y el segundo es el desarrollo, definido como el aumento de la complejidad funcional, ambos factores sumamente importantes de manera especial en el primer año (García & Munar, 2018).

El paciente pediátrico puede ser caracterizado en 4 grupos que atienden a su edad, así, los neonatos son los pacientes con máximo un mes de edad; cuando los nacidos cumplen menos de 37 semanas de gestación son considerados neonatos pretérmino o prematuros, que a su vez, pueden ser prematuros moderados cuando cumplen de 31 a 35 semanas, y prematuros extremos, al cumplir de 24 a 30 semanas de gestación; los neonatos se caracterizan por presentar una gran inmadurez funcional y una extrema propensión a depresores del sistema nervioso y cardiovascular; es común que en estos pacientes se presenten enfermedades como hemorragia intracraneal o enterocolitis necrotizante (García & Munar, 2018).

En edades más avanzadas disminuye la posibilidad de contraer algunas enfermedades, sin embargo, se hace necesario el cuidado atento de los pacientes, cuando estos cumplen un mes y hasta los 12 meses de edad son considerados lactantes; de 1 a 12 años, niños; y de 12 años hasta los 18, adolescentes (García & Munar, 2018).

Paciente adulto

La esperanza de vida ha aumentado en los últimos años, lo que sumado a los nuevos modelos de abordaje médico quirúrgicos, han incrementado significativamente la cantidad de pacientes que se internan por enfermedades crónicas, a la vez que han aumentado los ingresos y reingresos a instituciones

hospitalarias. Este tipo de pacientes, de acuerdo a Gual, *et al.* (2017) se identifican con base en los criterios que se presentan a continuación:

- Presencia de patología crónica suficientemente grave.
- Presencia de varias patologías crónicas.
- Presencia de patología de curso progresivo con fragilidad funcional, cognitiva, social o clínica.
- Presencia de enfermedad que requiera de atención multidisciplinar y estrategias de atención

integral.

Objetivo

Objetivo General

Determinar la carga económica del copago, como gasto de bolsillo, en la atención hospitalaria de pacientes adultos y pediátricos en una clínica de la ciudad de Cartagena de Indias D.T y C.

Objetivos Específicos

Identificar los costos médicos directos asociados a la atención del paciente adulto y pediátrico internados en una clínica de la ciudad de Cartagena de Indias D.T y C en el primer semestre del año 2021.

Determinar los costos médicos directos que asumieron los pacientes o sus familiares por concepto de copago, de pacientes adultos y pediátricos internados en una clínica de la ciudad de Cartagena de Indias D.T y C. en el primer semestre del año 2021.

Comparar la carga económica del copago entre los pacientes adultos y pediátricos internados en una clínica de la ciudad de Cartagena de Indias D.T y C en el primer semestre del año 2021.

Diseño Metodológico

Diseño

El diseño del presente estudio cuenta con un enfoque cuantitativo, ya que se realizaron mediciones mediante métodos estadísticos; descriptivo pues se buscó describir la carga económica del copago, como gasto de bolsillo en la atención hospitalaria de pacientes adultos y pediátricos internados en una clínica; de corte transversal pues se tuvieron en cuenta los datos en un tiempo determinado; para esto se llevó a cabo un análisis microeconómico de costos para alcanzar los objetivos del estudio (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Población y muestra

Se trabajó con una base de datos suministrada por la clínica objeto de estudio, en formato Excel, en la que reposan los datos de facturación de los pacientes que ingresaron a la clínica de enero a junio del año 2021. Para efectos del estudio, se tomó en cuenta para el análisis solo los pacientes que presentaron cargos por copago.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión

Pacientes internados en la clínica objeto de estudio que presenten cargos por copago.

Pacientes pediátricos y adultos.

Criterios de exclusión

Pacientes internados en la clínica objeto de estudio que no presentaron cargos por copago.

Pacientes no comprendidos en edad pediátrica o adulta.

Pacientes que accedieron a los servicios médicos en modalidad particular.

Pacientes ambulatorios.

Pacientes víctimas de accidentes de tránsito.

Estrategia de reclutamiento

Los datos fueron obtenidos mediante petición a la clínica objeto de estudio.

Variables

Tabla 5. Variables

Variabl e	Definició n	Naturaleza	Nivel	Indicado r
Edad	Años de vida del sujeto	Independient	Cuantitativ a discreta	Años cumplidos
Sexo	Sexo biológico del sujeto	Independient	Cualitativa nominal	Hombre Mujer
Gasto neto facturado	Gasto a pagar por	Independient	Cuantitativ a continua	Valor cancelado en pesos

	servicios					
	medicos					
Gasto	Gasto	a	Independent	Cuantitativ	Valor	
total facturado	pagar	por e		a continua	cancelado	en
	servicios				pesos	
	medicos					
	sumados	al				
	copago					
Gasto	Gasto	a	Independent	Cuantitativ	Valor	
en	copago	pagar por copago	e	a continua	cancelado	en
facturado					pesos	

Control de sesgos

Los datos fueron extraídos directamente del software de la IPS, donde se almacenan los procesos de facturación.

Estrategias de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos directamente de la base de datos manejada por la clínica, se tuvieron en cuenta solo los de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y no cumplían con los criterios de exclusión. Estos se encuentran en una base de datos de Excel, en la que se trataron posteriormente.

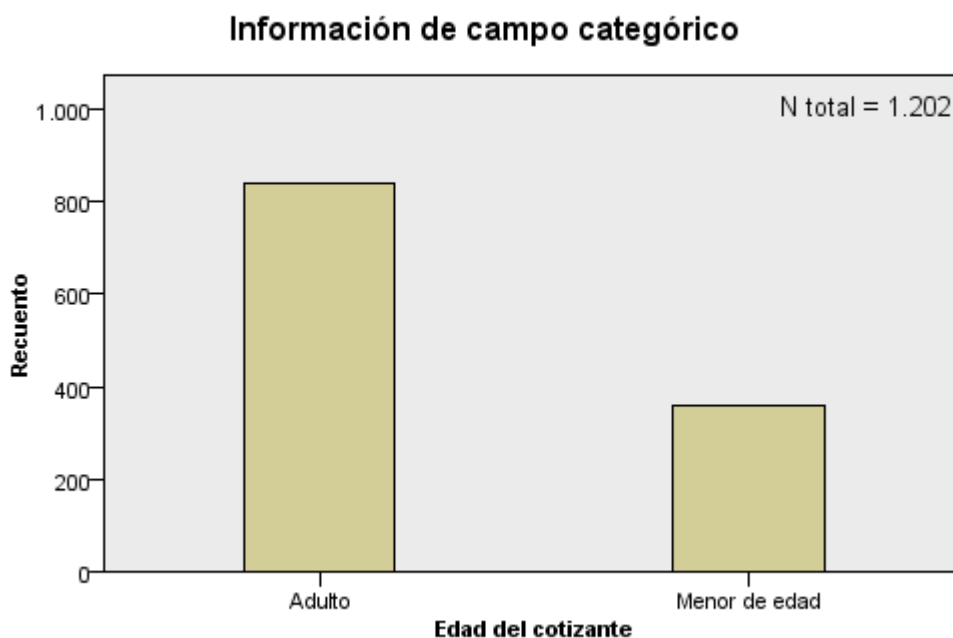
Plan de análisis

La base de datos se trató mediante Microsoft Excel ® discriminando los datos objeto de estudio, dejando de lado aquellos que no fueron tenidos en cuenta; luego, se utilizó Stata® versión 14, por medio del cual se llevó a cabo el análisis estadístico descriptivo, en aras de la consecución de los objetivos anteriormente planteados.

Resultados

Los datos examinados para la obtención de los resultados fueron tratados mediante el software Stata®, los resultados de este tratamiento de la base de datos, se presentan a continuación:

Ilustración 1. Campos categóricos para pacientes adultos y pediátricos



La población estudiada se compone de 842 adultos que equivalen al 70%, y, 360 menores de edad que equivalen al 30%. Es evidente la superioridad numérica de casos de adultos que tuvieron cargos por copago.

Tabla 6. Pacientes por empresa

EMPRESA	Freq.	Percent	Cum.
800130907-4 SALUD TOTAL EPS-S S.A.	724	60.28	60.28
890.102.044-1 CAJA DE COMPENSACION FA..	302	25.15	85.43
818000140-0 ASOCIACION MUTUAL BARRIOS..	51	4.25	89.68
806016797-5 SOMEDYT IPS EU	44	3.66	93.34
830039670 DIRECCION GENERAL DE SANIDA..	36	3.00	96.34
805011262-0 RTS S.A.S	21	1.75	98.08
890480059-1 DASALUD BOLIVAR-SECRETARI..	16	1.33	99.42
800088702-2 EPS Y MEDICINA PREPAGADA ..	2	0.17	99.58
800088702-2 EPS SURAMERICANA S.A	1	0.08	99.67
830003564-7 EPS FAMISANAR LTDA	1	0.08	99.75
860.002.180-7 Seguros Comerciales Bol..	1	0.08	99.83
890480184-4 DEPARTAMENTO ADMINISTRATI..	1	0.08	99.92
DESCONOCIDO	1	0.08	100.00
Total	1,201	100.00	

La distribución de los pacientes por EPS se concentra en su mayoría en Salud Total (EPS del régimen contributivo), con un 60.2% de la población total, seguida de la Caja de compensación familiar Caja-copi Atlántico (EPS del régimen subsidiado) con un 25.1%, la Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó un 4.2% (EPS del régimen subsidiado), Somedyt IPS un 3.6% (IPS aliada con población del régimen subsidiado) y la Dirección General de Sanidad Militar un 3% (Régimen especial).

Por lo anterior, se observa que, del total de datos analizados, el 60.2% corresponde a pacientes afiliados en el régimen contributivo, el 32.9% corresponde a pacientes afiliados en el régimen subsidiado, y el 3% corresponde a pacientes de régimen especial.

Tabla 7. Total facturado

	Percentiles	Smallest		
1%	16263	7124		
5%	40000	16263		
10%	178811	16263	Obs	1,201
25%	449400	16263	Sum of Wgt.	1,201
50%	1829783		Mean	5008536
		Largest	Std. Dev.	1.08e+07
75%	4095891	9.74e+07		
90%	1.07e+07	1.08e+08	Variance	1.17e+14
95%	2.47e+07	1.11e+08	Skewness	5.392568
99%	4.92e+07	1.19e+08	Kurtosis	41.92637

En cuanto al total facturado referente a los servicios médicos prestados, se calcularon los percentiles y la mediana, esta última equivalente a \$1.829.873, teniendo en cuenta esto, el 25% de la población con menor valor total facturado corresponde entre \$16.263 y \$449.400, por su parte, aquellos que tuvieron un mayor total facturado se encuentran entre los \$4.095.891 y los \$4.920.000. Llevando estos valores a la realidad colombiana, en la que el SMMLV a la fecha de este estudio es de \$908.526, la mediana del total facturado duplica esta cantidad.

Tabla 8. Copago total

	Percentiles	Smallest		
1%	0	0		
5%	0	0		
10%	0	0	Obs	1,201
25%	0	0	Sum of Wgt.	1,201
50%	0		Mean	42534.73
		Largest	Std. Dev.	122898.1
75%	0	700000		
90%	184715	750000	Variance	1.51e+10
95%	260000	2089610	Skewness	8.811967
99%	321317	2089610	Kurtosis	132.4655

El copago total hace referencia a la totalidad del valor que los usuarios pagan por concepto de copago, en esta medición se observa que la población se acomoda hacia los percentiles más altos, específicamente en los percentiles del 90% al 99%, es así como el 90% de la población tuvo un gasto de copago mayor a \$184.715 y un 95% tuvo un gasto en copago entre \$260.000 y \$321.317.

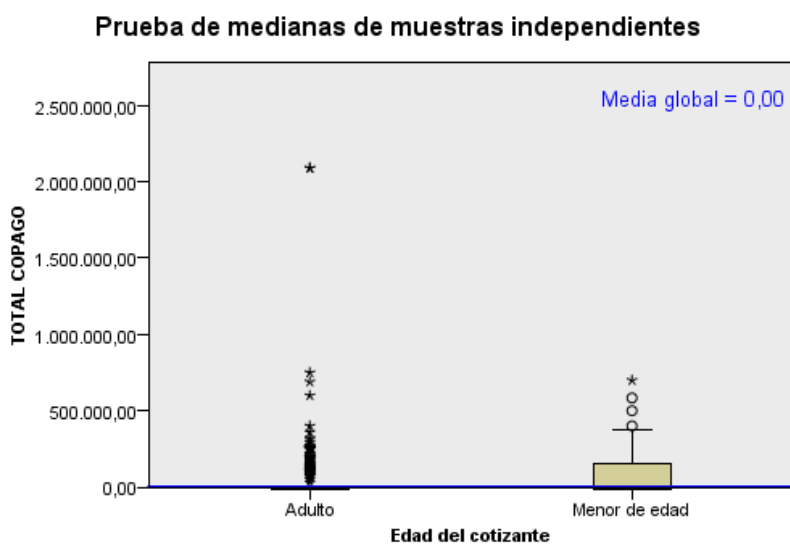
Los descuentos realizados a la población objeto de estudio fue de cero (\$0) pesos, siendo un resultado no representativo.

Tabla 9. Neto facturado

	Percentiles	Smallest		
1%	16263	7124		
5%	40000	16263		
10%	178811	16263	Obs	1,201
25%	449400	16263	Sum of Wgt.	1,201
50%	1795963		Mean	4966001
		Largest	Std. Dev.	1.08e+07
75%	3951433	9.74e+07		
90%	1.07e+07	1.08e+08	Variance	1.17e+14
95%	2.47e+07	1.11e+08	Skewness	5.402914
99%	4.92e+07	1.19e+08	Kurtosis	42.06907

El neto facturado hace referencia al total facturado sumado al copago total menos los descuentos, dichos descuentos, no se presentaron para el caso de este estudio; luego de la revisión de los datos, se calcularon los percentiles correspondientes y la mediana que equivale a \$1.795.963, evidenciándose datos extremos dentro de la muestra estudiada.

Ilustración 2. Prueba de medianas para pacientes adultos y pacientes pediátricos



N total		1.202
Mediana		,000
Probar estadística		121,124
Grados de libertad		1
Sig. asintótica (prueba de dos caras)		,000
Corrección de continuidad de Yates	Chi-cuadrado	119,417
	Grados de libertad	1
	Sig. asintótica (prueba de dos caras)	,000

1. No se realizan múltiples comparaciones porque hay menos de tres campos.

Tabla 10. Percentiles para gasto en copago

Edad del cotizante			Percentiles						
			0	5	0	5	0	5	9
Pr	T	l					\$	\$	\$
omedio	OTAL	dulto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	109.622,	251.511,
ponderad	COPA							30	30
o(definici	GO	l					\$	\$	\$
ón 1)		enor	0,00	0,00	0,00	0,00	149.633,	250.000,	260.747,
		de					50	00	00
		edad							
	Bi	T					\$		
sagras de	OTAL	dulto		0,00	0,00	0,00			
Tukey	COPA	l					\$		
	GO	enor		0,00	0,00	149.355,			
		de					00		
		edad							

Examinando los percentiles para ambos grupos, menores de edad y adultos, se encuentran diferencias significativas; es notable que el percentil 75 de los adultos corresponde a \$0, mientras el percentil 75 de los menores de edad corresponde a \$149.633,50; En el percentil 95 para los adultos es de

\$251.511,30, mientras que para los menores de edad es de \$260.747, lo que pone en evidencia un comportamiento general que apunta a que los menores de edad gastan más en copago.

A pesar de que existen casos de pacientes adultos que pagan altas sumas en copago, como el caso de los pacientes con registro 876 y 1021 con un copago de \$2.089.000 cada uno, estos pertenecen a casos aislados o no representativos en número de eventos.

El valor del copago para los menores de edad tiene un valor promedio más alto que para los adultos, siendo el copago para adultos de \$29.000, mientras el copago para menores de edad es de \$73.000.

Discusión

El objetivo de este estudio se centró en determinar la carga económica del copago, como gasto de bolsillo, en la atención hospitalaria de pacientes adultos y pediátricos en una clínica de la ciudad de Cartagena de Indias D.T y C, lo que se logró a cabalidad gracias a la colaboración de la clínica objeto de estudio, al esfuerzo del investigador y a la asesoría por parte del tutor, encontrando que son los menores o sus familiares quienes tienen una carga por copago mayor, unas dos punto cinco (2,5) veces más que los pacientes adultos según la media de los copagos cancelados.

Los resultados de este estudio dan muestra del gran impacto que el copago acarrea en las familias colombianas, como se mencionó anteriormente, el gasto en copago en comparación con los ingresos económicos de la mayoría de familias colombianas es en extremo alto y contribuye en gran porcentaje al gasto de bolsillo total, lo que coincide con lo expresado por Prada, Sarria, & Guerrero (2016), quienes afirman que el gasto por copago es el mayor contribuyente al gasto de bolsillo, con \$85.559 promedio por gasto de hospitalización, según valores de 2007; esto sin discriminar entre poblaciones de pacientes adultos o menores de edad, lo que a día de hoy podría insinuar que el gasto en copago ha disminuido si se compara con el promedio \$42.499 de copagos cancelados según los datos analizados en el presente estudio al compararse con los resultados de la investigación realizada por Prada, Sarria, & Guerrero (2016)-

Por otro lado, en el estudio llevado a cabo por Castillo, et al (2016), se encontró que la edad influye directamente en el gasto de bolsillo de los pacientes, pero la relación es contraria a la encontrada en los presentes resultados, ya que los menores de edad son quienes presentan más gastos por copago. Resaltando

que el copago es uno de los distintos conceptos o rubros que conforman el gasto de bolsillo, los cuales en este caso, no son diferenciados en la investigación llevado a cabo por Castillo, et al (2016).

Existen pocos estudios que tengan en cuenta el copago de manera específica y mucho menos estudios que realicen comparaciones entre los grupos poblacionales, lo que dificultó la comparación de resultados, por lo general en los estudios hallados el copago se toma como parte de la categoría servicios de hospital, que a su vez hace parte del gasto de bolsillo, junto a los servicios paramédicos, productos farmacéuticos y otras.

Uno de los aportes de este estudio es conminar a investigar el grado de participación del copago dentro del gasto de bolsillo, pues, como se mencionó anteriormente, no se encuentran muchos estudios que analicen el copago de forma directa, y más complicado aún es encontrar estudios que lo analicen teniendo en cuenta las variables de edades, condiciones socioeconómicas o por regímenes en salud. Sería de gran provecho que este estudio se replicara a nivel local, regional o nacional para tener una visión más amplia de la problemática, teniendo en cuenta cómo este tipo de gastos pueden influir en la equidad y accesibilidad a la hora de acudir por atención médica.

Conclusiones

Los costos médicos totales del primer semestre del 2021 teniendo en cuenta a los pacientes adultos y pediátricos asciende a \$6.023.274.433; en cuanto al copago, el costo medico directos de copago asumido por los pacientes o sus familiares en el primer semestre del 2021, asciende a \$51.084.213.

De acuerdo a los resultados, los pacientes pediátricos gastan 2.5 veces más en copago que los pacientes adultos, siendo algo significativo a la hora de analizarlos desde la perspectiva de la equidad, la accesibilidad y de la justicia distributiva en la atención de servicios de salud dentro del sistema nacional de salud colombiano, lo que podría considerar el copago como una barrera económica y administrativa para los usuarios.

Es podría afirmar que, la carga económica del copago como gasto de bolsillo de los pacientes pediátricos y adultos de la clínica objeto de estudio es significativa, teniendo en cuenta los ingresos de las mayorías en el país, según cifras del DANE, en Colombia el 63,8% de la población tenía ingresos de hasta un SMMLV en el año 2020 (Forbes Staff, 2021), el copago puede considerarse insostenible para las familias de menores ingresos; esta realidad aumenta las cifras de ciudadanos que no hacen uso de los servicios médicos y que por consiguiente sufren complicaciones en sus enfermedades, e incrementando su gasto de bolsillo por otros medios.

Aunque la cobertura en salud ha aumentado en los últimos años, es necesario realizarle ajustes que sean más inclusivos y acordes a las realidades del país, contribuyendo así de manera directa a la calidad de vida de sus ciudadanos y por consiguiente al progreso del mismo.

Recomendaciones

Sería interesante ahondar en el porqué del comportamiento de los datos, que resultan en un gasto mayor por concepto de copago para los pacientes pediátricos en comparación con los adultos, como lo sería analizar el riesgo primario y riesgo técnico en salud.

Es importante tener en cuenta que los copagos estudiados en esta investigación son los valores reales cancelados, en la práctica existen pacientes que no cancelan en su totalidad el copago, pero esto no es cuantificable debido a que no se lleva un control de estas situaciones ni de los valores que no son recaudados gracias a la capacidad económica del paciente, por lo que la carga económica del copago puede ser mayor a la evidenciada en este estudio, se recomienda a las áreas de trabajo social evaluar la capacidad de pago de los pacientes y llevar un control del valor de copago cancelado en comparación con el valor real a cancelar de acuerdo a la normatividad.

Partiendo de estos hallazgos y de acuerdo a las pocas investigaciones realizadas, se considera importante estudiar qué tanto afecta la equidad en el sistema general de seguridad social en salud, debido a las diferencias encontradas en el gasto de copago entre los pacientes teniendo en cuenta su condición socioeconómica y grupo etario; sumado a incentivar analizar la carga económica del copago entre regímenes contributivos y subsidiados.

Sería de mucho provecho realizar este tipo de estudio en las demás clínicas de la ciudad y contextualizarlo a nivel local, regional y nacional para tener una visión de la problemática más amplia y cercana a la realidad.

Referencias Bibliográficas

Alvis, J., Marrugo, C., Alvis, N., florez, Á., Moreno, D., Alvis, N., & Gómez, F. (2018). Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 20(5). doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n5.61403>

Alvis-Estrada, L., Alvis-Guzmán, N., & De la Hoz, F. (2007). Gasto privado en salud de los hogares de Cartagena de Indias. *Rev. Salud Pública*, 9, 11-25.

Barrio, J., Suárez, C., Bandeira, M., Muñóz, C., Beca, M., Lozano, C., & Cura, I. (2020). Enfermedades crónicas en población pediátrica: comorbilidades y uso de servicios en atención primaria. *Anales de pediatría*, 93(3), 183 - 193. doi:DOI: 10.1016/j.anpedi.2019.12.019

Cámara de la Industria Farmacéutica. (2020). *Cifras sector salud mercado farmacéutico*. Obtenido de <http://www.andi.com.co/Uploads/CIFRAS%20SECTOR%20FARMA%20-%20CA%CC%81MARA.FARMA-ANDI.2020-2021-Mayo.pdf>

Castillo, J. (2016). *Gasto de bolsillo en salud de los hogares caleños : relación con siete sectores de la ciudad*. Universidad del Valle, Cali. Obtenido de <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/9264/0534154-P-E-2016-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Consolini, D. (15 de Mar de 2020). *Manual MSD*. Obtenido de Niños con enfermedades crónicas: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/pediatr%C3%ADa/atenci%C3%B3n-de-ni%C3%B1os-enfermos-y-sus-familias/ni%C3%B1os-con-enfermedades-cr%C3%B3nicas#:~:text=Se%20ha%20estimado%20que%20los,son%20ejemplos%20de%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas.>

Cortés, R. (2021). *Empresa domiciliaria de cuidado crónico y paliativo. (Tesis de grado)*. Universidad Internacional de la Rioja. Obtenido de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/11432/Cort%c3%a9s%20M%c3%a9ndez%20Ruth%20Mary.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fañinas, A., Araujo, M., López, G., González, A., Crespo, L., & Jiménez, A. (2016). Definiciones y clasificaciones básicas para el estudio de los costos en salud. *Infodir*, 12(23), 46 - 54. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2016/ifd1623f.pdf>

Forbes Staff. (22 de Abr de 2021). *Forbes*. Obtenido de El ingreso medio de Colombia es de \$1,1 millones: Carrasquilla: <https://forbes.co/2021/04/22/economia-y-finanzas/el-ingreso-medio-de-colombia-es-de-11-millones-carrasquilla/>

Freile, B. (2016). *Estimación del gasto de bolsillo en salud para los adultos mayores residentes en zonas urbanas de Chile. (Tesis de grado)*. Universidad de Chile, Santiago. Obtenido de http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/365/Tesis_Berenice%20Freile.pdf?sequence=1&isAllowed=y

García, M., & Munar, F. (2018). *Peculiaridades del Paciente Pediátrico*. Obtenido de http://www.scartd.org/arxius/pedia1_2012.pdf

Gual, N., Yuste, A., Enfedaque, B., Blay, C., Martín, R., & Inzitari, M. (2017). Perfil y evolución de pacientes crónicos complejos en una unidad de subagudos. *Atención primaria*, 49(9), 510 - 517. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716302803>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F: Mc Graw Hill.

Jímenez, S., & Viola, A. (2016). *Consumo de medicamentos y copago farmacéutico*. Barcelona: Fedea. Obtenido de <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-06.pdf>

Lauzán, O. (2020). Costos en salud: un asunto polémico|. *Rev Cubana Salud Pública*, 45(2). Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2054/es/#>

Marrero, M., García, A., & Gálvez, A. (2020). Carga económica de la enfermedad neumocócica en niños de edad preescolar en el Policlínico Cecilio Ruiz de Zárata Castellón - 2016. *Medisur*, 18(3), 322 - 332. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000300322

Minsalud. (2021). *Cuotas moderadoras y copagos (Acuerdo 260 de 2004 CNSSS)*. Bogotá.

Montañez, V. (2018). *Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú. (Tesis de grado)*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49480/1/T40330.pdf>

OECD Library. (15 de Nov de 2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. Obtenido de Financiación de la salud a partir de gasto de bolsillo, esquemas de pago voluntario y fuentes externas: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/9970a88c-es/index.html?itemId=/content/component/9970a88c-es>

OIT, OPS. (1999). *El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: razones de la eficiencia para la extensión de la protección social en salud*. México. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/42719/elgastotextfinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OMS. (2010). *La financiación de los sistemas de salud*. Ginebra. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf;jsessionid=65F2C3316364D57FD960CCC46E9C6265?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (1 de abr de 2021). *OMS*. Obtenido de Cobertura sanitaria universal: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Pérez, G., & Silva, A. (2017). Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. *Banco de la República*(218). Obtenido de https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/3165/dtser_218.pdf

Prada, S., Sarria, M., & Guerrero, R. (2016). Medición del gasto de bolsillo en salud usando la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia. *Proesa*, 2 - 33. Obtenido de https://www.icesi.edu.co/proesa/images/docs/Doc_de_Trabajo/Gasto%20de%20Bolsillo%20WP_9.pdf

World Bank Group. (2019). *Evaluación externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia*. Nueva York. Obtenido de <https://documents1.worldbank.org/curated/en/933731564123661734/pdf/Evaluaci%c3%b3n-Externa-de-la-Calidad-de-la-Atenci%c3%b3n-en-el-Sector-Salud-en-Colombia.pdf>