



La presente obra está bajo una licencia:
Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)
Para leer el texto completo de la licencia, visita:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/co/>

Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra
hacer obras derivadas

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Análisis del gasto monetario en salud asumido por los hogares con un paciente que padece una enfermedad renal crónica; en la ciudad de Bogotá 2011-2014

Sandra Milena Quitian Gutiérrez con Código 318995

Universidad Católica de Colombia

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Bogotá D. C. 2017

Análisis del gasto monetario en salud asumido por los hogares con un paciente que padece una enfermedad renal crónica; en la ciudad de Bogotá 2011-2014

Autora:

Sandra Milena Quitian Gutiérrez

Director de Tesis:

Diego Andrés Martínez

Tabla de contenido

Tabla de contenido	3
<i>Índice de Graficas</i>	4
Lista de siglas.....	5
Agradecimientos	7
Dedicatoria.....	7
Resumen	8
Introducción	9
Objetivos.....	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos.....	11
Justificación	12
Antecedentes	13
1. Marco Teórico	14
1.1 Conceptualización de la Enfermedad Renal Crónica	14
1.2 Causas de la ERC.....	16
1.3 Diagnóstico de HTA y DM según las localidades del Distrito Capital.....	22
1.3 Políticas Públicas relacionadas con la Prevención de la ERC	24
2. Marco Histórico	27
Grecia (460-370 a.C.)	27
Asia (180 d.C).....	27
Italia (900- 1558).....	27
3. Marco Legal.....	29
Análisis del gasto monetario en salud asumido por los hogares con un paciente que padece una enfermedad renal crónica; en la ciudad de Bogotá 2011-2014.....	30
4. Caracterización de la población de la ciudad de Bogotá que padece ERC.....	33
4.1 Población que padece ERC por localidades.....	33
4.2 Niveles de Ingresos por Localidades.....	34
4.3 Gastos en salud por familia para costear la ERC	36
4.4 Proporción de gastos en salud respecto a los ingresos promedio per cápita de las familias según la localidad.....	37

Gasto monetario en salud de los pacientes que padecen enfermedad renal crónica	5
4.5 Ingresos per cápita neto y gasto en salud de las familias de la localidad de Bosa.....	38
5. Barreras al servicio de salud	43
5.1. El buen estado de salud y sus factores determinantes	44
Conclusiones	48
Bibliografía	50

Índice de Gráficas

Gráfico1 Estadio o Fases de ERC	16
Gráfico 2 Porcentaje de personas diagnosticadas con HTA, Colombia 2014.....	17
Gráfico 5 Población con diagnóstico de HTA según la localidad de Bogotá D.C.....	22
Gráfico 6 Población con diagnóstico de Diabetes según la localidad de Bogotá	23
Gráfico 11 Cantidad de pacientes que padecen ERC en Bogotá	30
Gráfico 12 Pacientes ERC afiliados al SGSSS en Bogotá	31
Gráfico 13 Rango de edades en las que se diagnosticó ERC, Bogotá 2014.....	32
Gráfico14 Población con Enfermedades Renales por Localidades	33
Gráfico 16 Ingresos promedio de las localidades de Bogotá.....	35
Gráfico 17 Gasto promedio en salud en las localidades de Bogotá-2014	36
Gráfico 19 Participación de los gastos en salud respecto al ingreso neto per cápita por familia según la localidad.....	38
Gráfico 20 Tabla de comparación entre las 19 localidades de Bogotá.....	39
Gráfico 23 Ingresos altos y bajos de las localidades	45

Índice de Tablas

Tabla 3 Tabla casos reportados de HTA en Colombia 2008-2016	18
Tabla 4 Distribución de población en riesgo de desarrollar ERC de acuerdo a estudio para esta condición	20
Tabla 7 Localidades que menos diagnósticos tuvieron de HTA y DM en Bogotá D.C.....	23
Tabla 9 Recomendaciones Generales para la prevención de la HTA y DM	26
Tabla 10 Normograma de la ERC en Colombia	29
Tabla 15 Localidades con menores pacientes renales crónicos	34
Tabla 18 Localidades con los gastos más altos vs. Más bajos	37

Índice de Imágenes

Imagen 8 Modelo de Prevención y control de la ERC.....	25
Imagen 21 Mapa de la localidad de Bosa.....	40
Imagen 22 Equipamiento en salud (EPS, IPS y Hospitales privados), en la localidad de Bosa	42

Lista de siglas

EOC: Entidades Obligadas a Compensar

ERC: Enfermedad Renal Crónica

EPS: Entidades Promotoras de Salud

HTA: Hipertensión arterial

CAC: Cuenta de Alto Costo

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

EM: Encuesta Multipropósito

ECV: Enfermedades Cardiovasculares

DM: Diabetes Mellitus

IRA: Insuficiencia Renal Aguda

FFMM: Fuerzas Militares de Colombia

CPN: Cuerpo de la Policía Nacional

SDS: Secretaria Distrital de Salud

FG: Filtración Glomerular

MPS: Ministerio de la Protección Social

DNP: Departamento Nacional de Planeación

UPZ: Unidades de Planteamiento Zonal

POS: Plan Obligatorio de Salud

E.S.E : Empresas Sociales del Estado

Agradecimientos

Agradezco especialmente a todas las personas que contribuyeron con el desarrollo de mi tema de investigación al docente Diego Martínez, colegas Juan Meza y Javier Galvis que de una u otra manera me brindaron desde su experiencia su apoyo académico y moral y por último al Doctor Juan Carlos Galán de la Secretaría Distrital de Salud.

Dedicatoria

Este trabajo de investigación va dedicado a mi hija Luciana Artunduaga Quitian, padres, hermanos y a mi inspiración divina, por el apoyo académico, económico y emocional que me brindaron a lo largo de mi carrera profesional. Ellos fueron mi estímulo y ganas de continuar hasta el final de mi trabajo a pesar de los obstáculos que se presentaron para realizarlo.

Resumen

Esta investigación corresponde a un análisis descriptivo que tiene como objeto analizar el gasto, desde los ingresos netos, que asumen los hogares con un paciente que presenta Enfermedad Renal Crónica; en la ciudad de Bogotá en sus 19 localidades, según la Encuesta Multipropósito del año 2014. Con lo anterior se busca determinar las posibles soluciones que se podrían dar para reducir el gasto en salud de las familias que acarrean día a día con un paciente de Enfermedad Renal Crónica en sus hogares.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica, Gasto en Salud, Prevención, Ingreso, Estrato, Encuesta Multipropósito del DANE, Hipertensión, Diabetes.

Abstract

This document is a descriptive economic and social analysis, which aims to analyze the cost that assume from the net income, households in the city of Bogotá in it is 19 locations with a patient who presents renal failure according to the 2014 Multipurpose Survey.

With the above, it is sought to determine the possible solutions that could be given to reduce the health expenditure of the families that carry day after day with a patient of Chronic Kidney Disease in their homes.

Introducción

En el presente documento se realizará un análisis descriptivo de los gastos que asumen los hogares en la ciudad de Bogotá, con un paciente que enfrenta una Enfermedad Renal Crónica. Así mismo, se toma como base la Encuesta Multipropósito del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) del 2014, la cual tiene como “objetivo general obtener información estadística sobre aspectos sociales, económicos y de entorno urbano de los hogares y habitantes de Bogotá por cada una de sus 19 localidades urbanas y cada uno de los 6 estratos socioeconómicos” (Planeación, 2015).

Para realizar el análisis descriptivo se inició con la definición del concepto sobre Enfermedad Renal Crónica según los profesionales de la medicina y las diversas opiniones sociales, económicas y culturales que existen sobre la ERC debido a que aún no existe la cura para los pacientes que la padezcan.

Así mismo, se indagó en la búsqueda de investigaciones similares que se han realizado sobre los gastos en salud que asume un paciente con una enfermedad crónica no transmisible como por ejemplo el cáncer. Por otra parte, se destacaron las políticas públicas, culturales y económicas que se han brindado desde el Gobierno y las respuestas que se han desarrollado desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a éste problema de magnitud nacional.

Por consiguiente, se realizó la descripción de la información histórica sobre la Enfermedad Renal Crónica, también se revisaron las leyes que existen a favor de éste problema de salud pública en el país, como lo es la Ley 100 de 1993 la cual regula a las entidades que apoyan al SGSSS, normas y procedimientos a los que tiene acceso la población colombiana para brindarles calidad de vida definida como “concepto multidimensional que incorpora tanto lo que tenemos (dotación de recursos) como lo que hacemos (actividades), sin

olvidar dónde y con quién estamos (las circunstancias en las que nos movemos)”

(Cantalapiedra, s.f.)

Para finalizar se lleva a cabo la caracterización de los gastos en salud que en promedio destina un enfermo renal para costear su enfermedad, la descripción se realiza comparando los ingresos netos y los gastos promedio en salud que tienen los pacientes en las 19 localidades de la ciudad de Bogotá, según la Encuesta Multipropósito. Cabe aclarar que para realizar dicha encuesta sólo se toman las 19 localidades urbanas según la cobertura geográfica de Bogotá D.C y no se incluye la localidad de Sumapaz que es rural. (DANE, 2014)

Adicional se mencionan las posibles propuestas para la reducción del gasto en salud en los enfermos renales crónicos respecto a sus ingresos netos en la ciudad de Bogotá, para ello se toma como base la información que brindan diversas instituciones públicas y privadas que brindan atención especializada a los pacientes con alteraciones renales entre ellas, unidad renal de Kennedy.

Objetivos

Objetivo general

Determinar el gasto monetario en salud que realiza una persona mayor de 40 años en la ciudad de Bogotá, que sufre de Enfermedad Renal Crónica, en el periodo 2011-2014.

Objetivos específicos

- Realizar el estado del arte sobre las diferentes posturas y desarrollos teóricos sobre patologías y ERC Colombia en especial distrito capital.
- Analizar en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Bogotá, en un marco descriptivo el gasto en salud para costear su enfermedad (hospitalización, medicamentos, limitaciones etc.).
- Relacionar las políticas públicas con los resultados en la prevención y atención de ERC en el distrito.

Justificación

El análisis descriptivo que se presenta en este documento se realiza con el fin de determinar el gasto en salud en el que tiene que incurrir un paciente con alteraciones renales crónicas según los ingresos netos de acuerdo a la localidad de la cual haga parte dentro de la ciudad de Bogotá, según Encuesta Multipropósito del DANE que se realiza cada 3 años, para el presente trabajo se tomó la segunda encuesta realizada en Bogotá periodo 2011-2014.

Así mismo, determinar la importancia del valor de la salud en el sector económico debido a que al tener un buen estado de la misma según Angus Deaton, se da crecimiento económico y mayor bienestar a la población (Seira, 2014). Además, las investigaciones sobre la economía de la salud en Colombia se dieron fuertemente a partir la reforma en salud en 1993 pero desde el punto de vista de planeación y presupuestos y no desde “qué es la salud y cuál es su valor, y evaluación económica” (Karem Espinosa, 2003).

Apoyando el anterior argumento es necesario incorporar la importancia de la salud en la formación del capital humano, identificando características asociadas a un estado de salud óptimo que prevenga las ERC, garantizando mayores niveles de desarrollo y bienestar para la población que padece ésta enfermedad.

Con la presente investigación se quiere dar a conocer en la unidad académica de la Universidad Católica de Colombia desde la visión de la economía hacia otras ciencias, la importancia de investigar los gastos monetarios en salud que implica tener un enfermo renal crónico en las familias de la ciudad de Bogotá y poder desde la academia brindar posibles soluciones a éste problema de salud pública que afecta a un gran porcentaje de la población a nivel mundial.

Antecedentes

En los diferentes estudios que se han realizado sobre el gasto monetario en salud que asumen las familias con un paciente crónico, no se han encontrado investigaciones sobre cuánto es el gasto frente a una Enfermedad Renal Crónica como por ejemplo en medicamentos, hospitalización, transporte, alimentos, adecuaciones, entre otros.

Ahora bien, existen trabajos relacionados con el gasto en salud que asumen las familias, de manera global sobre enfermedades crónicas no transmisibles como por ejemplo el cáncer, entre otros, para efectos del siguiente trabajo dichos estudios sirven para describir los gastos que asume una familia al tener un integrante con una Enfermedad Renal Crónica.

Es más, existen estudios de cómo afecta la calidad de vida del enfermo renal crónico y su familia, otros que describen el impacto económico que generan éste tipo de enfermedad, también existen aquellos que realizan una caracterización de la población que la padece y el impacto que tienen en la mortalidad de la misma, pero en la búsqueda no se encuentra nada sobre el gasto que se asume frente a la Enfermedad Renal Crónica.

1. Marco Teórico

Con el fin de ampliar el análisis sobre la información de la Enfermedad Renal Crónica se hace necesario una investigación en primer lugar; sobre el concepto, segundo las causas, consecuencias y demás aspectos teóricos de la ERC y tercero políticas relacionadas para la prevención de la misma.

1.1 Conceptualización de la Enfermedad Renal Crónica

Se define insuficiencia renal cuando los riñones se deterioran con el tiempo y la sangre deja de enviar a ellos los desechos que el cuerpo expulsa. Según el doctor Juan Pablo Mora, Gestor Nacional de Riesgo Cardiovascular, se dictamina la enfermedad cuando los síntomas cansancio, retención de líquidos, picazón de piel, entre otros persisten por más de tres meses. Pero éste tipo de enfermedad se origina por otras precursoras como la diabetes, la hipertensión, por herencia o quistes en los riñones. Algunos de los antecedentes de esta enfermedad son los malos hábitos alimenticios, la obesidad, el sedentarismo, entre otros (Mora, 2016).

Es importante diferenciar los conceptos entre Insuficiencia Renal Aguda (IRA) y la Enfermedad Renal Crónica (ERC) porque la primera puede ser reversible y la segunda por el contrario no tiene cura y es progresiva, algunas de las principales diferencias son: que los riñones en la ERC son más pequeños que los riñones normales (< 9 cm), otra diferencia es el aumento gradual de la creatinina del suero (sobre varios meses o años, en comparación con un aumento repentino de varios días o semanas). Aunque, “todos los pacientes con daño renal se clasifican dentro de una enfermedad renal crónica, independiente del nivel de tasa de filtración glomerular” (Josef Coresh, Elizabeth Selvin, Lesley A. Stevens, & otros, 2007).

Así mismo, la Enfermedad Renal Crónica “es una enfermedad de alto costo, progresiva, no transmisible y estrechamente ligada a otras enfermedades, como las

cardiovasculares (ECV) y la Diabetes Mellitus (DM)” (Medina, 2016). También la ERC se define como un problema de salud pública importante por su carácter epidémico y elevada morbimortalidad, que se da a nivel mundial por ejemplo, según los resultados del estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) para conocer la influencia de la ERC en España, dicho estudio arrojó que alrededor del 11% de la población adulta padece de algún grado de insuficiencia renal. En Colombia para el año 2014 el 2.2% de la población tenía ERC, según un reporte de las EPS de 2013, explicaba Lizbeth Acuña, directora ejecutiva de la CAC.

La ERC es un proceso largo que se suele dar durante el transcurso de meses o años, además es un proceso irreversible. “Sin embargo, si se diagnostica de manera precoz, aplicar el tratamiento adecuado o introducir ciertos cambios en el estilo de vida puede ralentizar o — incluso en algunos casos — detener el avance de la enfermedad” Nephrocare (s.f). Ésta enfermedad como es progresiva se divide en 5 estadios o fases, los estadios 1 a 3 se nombran como estadios iniciales y los estadios de 3 a 5 son los estadios avanzados.

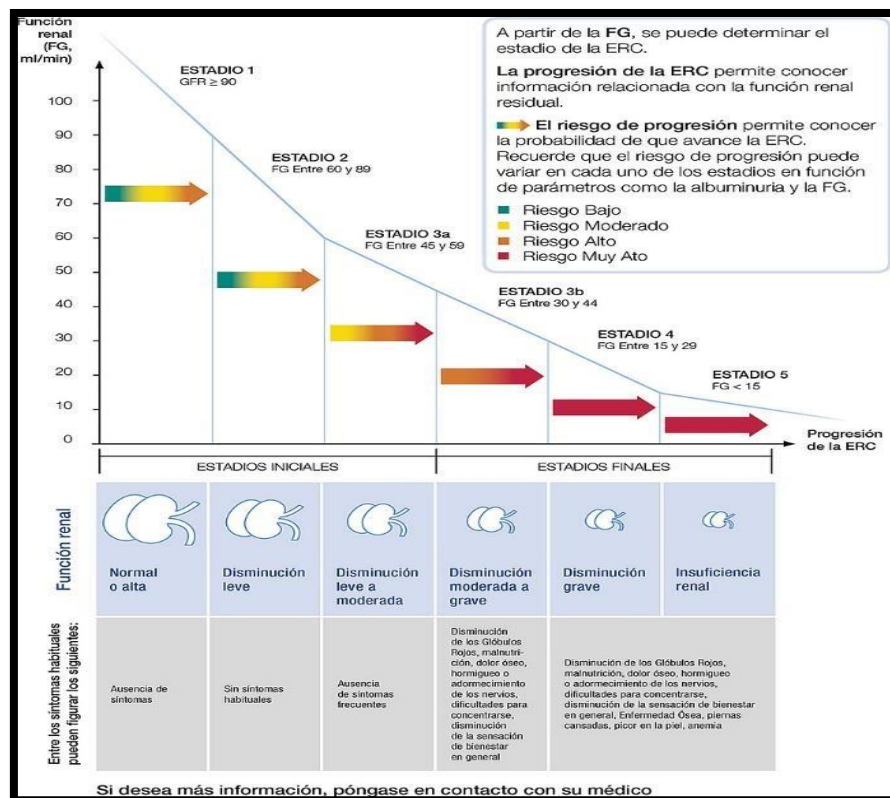


Gráfico Estadio o Fases de ERC

Fuente: Imagen Tomada de www.nephrocare.es (Nephrocare)

Para determinar el estadio en el que se encuentra la enfermedad renal crónica el paciente debe realizarse un examen de análisis de sangre denominado Filtración glomerular (FG) que determina la función renal y los niveles de creatinina, cuanto menos sea la FG, mayor es el riesgo de avance de enfermedad. También se puede realizar un examen de análisis de orina en el que determinan el nivel de albuminuria, el cual indica que la orina contiene una cantidad anormal de proteínas.

1.2 Causas de la ERC

A continuación, se realiza la descripción de las causas y consecuencias de la ERC en Colombia y se describe la tendencia de HTA y DM por localidades del distrito.

Entre las causas más comunes de la ERC están, la diabetes y la Hipertensión arterial (presión arterial alta), “la cual es el primer factor de riesgo de muerte y enfermedad en todo el mundo” en especial, es causa de la insuficiencia renal, accidentes cerebrovasculares, entre

otras. Sin embargo, la ERC también se les diagnostica a personas que aparentemente tienen un buen estado de salud sin ninguna advertencia.

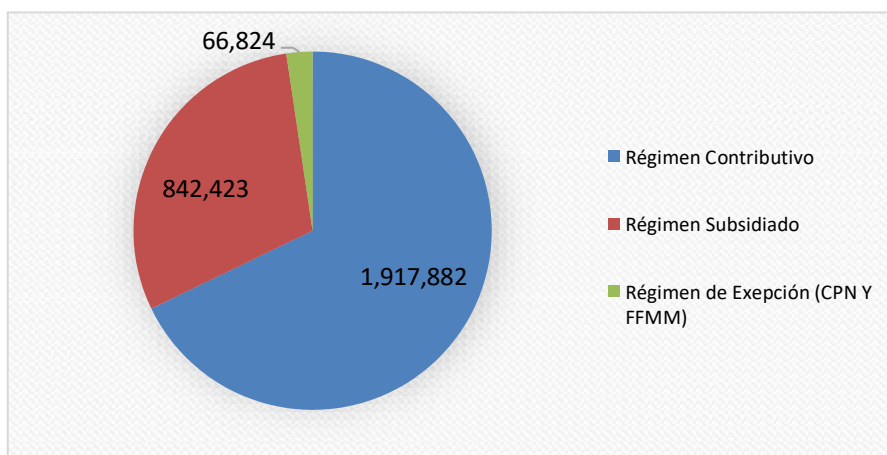


Gráfico 2 Porcentaje de personas diagnosticadas con HTA, Colombia 2014

Fuente: Construcción propia a partir de información extraída de informe “Situación de la ERC Colombia 2014”

La Cuenta de Alto Costo (CAC) fue creada por el Ministerio de Salud y de Hacienda, a la cual las EPS y las EOC están obligadas mediante el Decreto 2699 de 2007 a reportar datos sobre “el estado de salud de cada paciente sobre cada patología pero sobre todo las que requieren mayor atención y recursos” (Video Corporativo Cuenta de Alto Costo, 2016), cómo las ERC, Cáncer, Hemofilia entre otras. Para el año 2014 ésta reportó 2.827.129 pacientes con HTA, de los cuales 1.917.882 estaban afiliados al Régimen Contributivo, 842.423 pertenecían al Régimen Subsidiado y 66.824 se encontraban en el Régimen de excepción (CNP Y FFMM). Es evidente según la gráfica que el régimen subsidiado es el que mayor población tiene con HTA. Así mismo, se confirma lo mencionado por la Liga Mundial de la Hipertensión (WHL, por sus siglas en inglés), que la HTA afecta de manera desproporcionada a países de bajos y medianos ingresos.

	CASOS DE HTA REPORTADOS A LA CAC	% VARIACIÓN
2008	1.422.584	
2009	1.558.155	10%
2010	1.909.009	23%
2011	2.130.033	12%
2012	2.272.642	7%
2013	2.414.354	6%
2014	2.760.305	14%
2015	3.133.507	14%
2016	3.524.445	12%

Tabla 3 Tabla casos reportados de HTA en Colombia 2008-2016

Fuente: Imagen Tomada de Boletín de información Técnica especializada (costo, 2017)

En la ilustración 6 se evidencia el número de casos HTA en Colombia desde el 2009, debido a las causas ya mencionadas, además el reporte de información ha mejorado por parte de aseguradores y prestadores ante la CAC. Lo que facilita que se tenga un control adecuado de prevención de la ERC. Por ejemplo en el primer año se reportaron apenas 1.558.155 casos y para el año 2016 aumento a 3.524.445 reportes.

Según un informe realizado por la CAC, “Situación de la Enfermedad Renal Crónica en Colombia 2014”, existen otros factores de riesgo que causan la enfermedad renal como por ejemplo, la obesidad, la apnea del sueño y la hipoxemia nocturna ; situación que se presenta sobre todo en países con ingresos medios y altos donde la obesidad es cada vez mayor, debido a que su nivel de desarrollo es más avanzado por tanto, la población tiene una expectativa de vida más prolongada, lo que tiene como consecuencia a futuro tener personas que muestran señales de decadencia física o mental, aunque no sean viejas; lo que significa para “los países un aumento en la prevalencia de sus patologías no transmisibles llevándolos

a tener que asumir un mayor gasto para cubrir estas demandas en los servicios de salud”

(Cuenta de Alto Costo, 2015).

En Colombia el aumento de las principales causas de la ERC se debe principalmente a que es “un país de medianos ingresos, con alto porcentaje de población sin acceso a alimentación adecuada, sedentarismo, hábito tabáquico y la escasa identificación temprana de la enfermedad” (Cuenta de Alto Costo, 2017)

De la misma forma, la diabetes es la causa de aproximadamente 1/3 (Un tercio) del total de los casos de ERC en Colombia y es la causa más común de enfermedad terminal en los países más desarrollados. Según datos de la FID (Federación Internacional de la Diabetes Mellitus) para el año 2013, en el mundo se estimaron 382 millones de personas con esta enfermedad, siendo la mayoría de la población (80%) de países con ingresos bajos y medios; y para América Latina se estimaron 24 millones de personas con DM entre la edad de 40-59 años; a su vez a ésta enfermedad se le atribuye “una carga económica en los sistemas de salud mundial de 548 millones de dólares, equivale a un 11% del gasto total en el mundo en el 2013” (Cuenta de Alto Costo, 2014)

Llama la atención que a pesar de tener información por parte de investigaciones ya comprobados por la ciencia médica, en Colombia son muy pocos los casos estudiados con HTA y DM; sí se realizaran todos los paraclínicos (estudios) necesarios se podría definir la presencia o ausencia de la ERC y así poder mejorar el control de la enfermedad. Lo anterior se puede observar en la siguiente tabla realizada para el año 2016:

FACTOR DE RIESGO	NO TIENE ERC		INDETERMINADO		NO ESTUDIADO		TOTAL	
	N <small>Leyenda</small>	%	N	%	N	%	N	%
HTA + DM	189.738	48,3%	54.633	13,9%	148.683	37,8%	393.054	100%
HTA	654.209	35,9%	293.702	16,1%	874.144	48,0%	1.822.055	100%
DM	68.719	35,3%	31.871	16,4%	93.823	48,3%	194.413	100%
TOTAL	912.666	37,9%	380.206	15,8%	1.116.650	46,3%	2.409.522	100%

Tabla 4 Distribución de población en riesgo de desarrollar ERC de acuerdo a estudio para esta condición

Fuente: Boletín de Información Técnica Especializada Vol. 3, N°10

Para ese año del 100% de la población reportada con HTA + DM o solo HTA o DM, que en total equivale a 2.409.522 casos, solo se estudiaron 912.666 (37.9%) casos, en los indeterminados se encuentran 380.206 (15.8%) y los que no se estudiaron equivalen a 1.116.650 (46.3%). La importancia del registro por parte de la CAC sobre estas patologías es identificar a la población que éste en riesgo de desarrollar ERC. (Cuenta de Alto Costo, 2017) Teniendo en cuenta el informe realizado por la OMS en el año 2002, los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas son el tabaco, que como consecuencia “mata a 4.9 millones de personas como resultado de sus efectos” (Canchila, 2010).

También un estudio realizado por la OMS sobre como comer por fuera de la casa muchas personas lo asocian a una mala nutrición, causado por su día a día trabajo, estudio entre otros; pero lo que llama la atención es que una mala alimentación puede generar problemas de salud como la presencia de riesgo de sufrir HTA, diabetes, gastritis, estrés emocional y sedentarismo (Dinero, 2006).

Así mismo, en una investigación realizada por expertos en la ciudad de Cali sobre La Enfermedad Crónica en Adultos Mayores, observaron que “los adultos mayores casados y viudos presentaban más enfermedades en comparación con los que se encontraban solteros, separados o en unión libre” (Adriana Duran, 2009), también concluyen que éste tipo de

enfermedades crónicas se presentan más en los adultos mayores no solo por la disminución de la funcionalidad normal del ser, sino además por la falta de control y prevención de ésta patologías sumándole también las barreras o dificultades para acceder al sistema de salud. Por otro lado, el centro de diálisis Fresenius Kidney Care, entre los factores de riesgo de la ERC se destacan cuatro; el primero son los antecedentes familiares o procedencia, sí alguien de la familia tiene enfermedad renal y sí la persona con riesgo tiene más de 50 años; el segundo es sí presenta problemas de salud como Diabetes, Hipertensión Arterial, obesidad, Obstrucción en el riñón entre otros; el tercero el origen étnico; sí es descendiente de hispanos o nativos americanos y/o afroamericanos y el cuarto el estilo de vida, como por ejemplo, el uso excesivo de medicamentos entre ellos acetaminofén o naproxeno e ibuprofeno o consumo de drogas ilícitas.

De acuerdo con las enfermedades crónicas empiezan a verse desde la adultez temprana, “lo cual obligaría a establecer en forma prioritaria, estrategias agresivas de promoción y prevención en esta área. De otro lado, a pesar que desde comienzos del siglo XX las tasas de mortalidad han venido disminuyendo, en ambos sexos, en todos los grupos de edad, por razones biológicas y sociales existe una “sobre mortalidad masculina”, la cual se acentúa en el país debido a la situación de violencia”. (Agudelo, 2006)

Según un estudio realizado por la SDS publicado en el “Boletín Crónicas” señala que la ERC es una de las más relevantes dentro de las enfermedades crónicas. Para demostrar cita que: “A mediados de 2011 había registradas en la Cuenta de Alto Costo (CAC) 788.565 personas, que en su mayoría aún no están clasificadas según su estadio clínico (46,2%); en estadio 1 están clasificadas el 18,2%; en estadio 2 el 31,7%; en estadio 3 el 43,6%; en estadio 4 el 3,3%; y en estadio 5 el 3,2%. Por sexo no hay diferencias, y por grupos de edad la mayoría están por encima de los 50 años de edad” (Lilia Edith López Rojas, 2015).

Como consecuencia al no tener un adecuado control sobre las enfermedades tanto agudas como crónicas, y éstas tienden a complicarse dificulta la independencia y el bienestar de las personas. En este sentido, estudios de salud demuestran que “es común en nuestro medio que tanto el paciente mayor como las personas que lo rodean (familiares, cuidadores) consideren las manifestaciones de una enfermedad actual como un cambio normal. Debido a esto, dejan pasar síntomas leves y sólo consultan en situaciones dramáticas o agudas, tales como síncope, hemorragia, etc. Otro factor importante es que muchas veces, se considera una “carga” para sus cuidadores, por lo que minimiza sus molestias” (Burke, 1998).

1.3 Diagnóstico de HTA y DM según las localidades del Distrito Capital

Para contextualizar más las causas de la ERC en el Distrito Capital se presentan las siguientes gráficas donde se puede observar el número de personas que en el año 2014 fueron diagnosticadas con HTA y DM, las cuales son las principales causas de ésta enfermedad. Cabe resaltar que el hecho que en algunas localidades existan más diagnósticos (HTA y DM) no son en las que la población invierte más para costear la ERC.

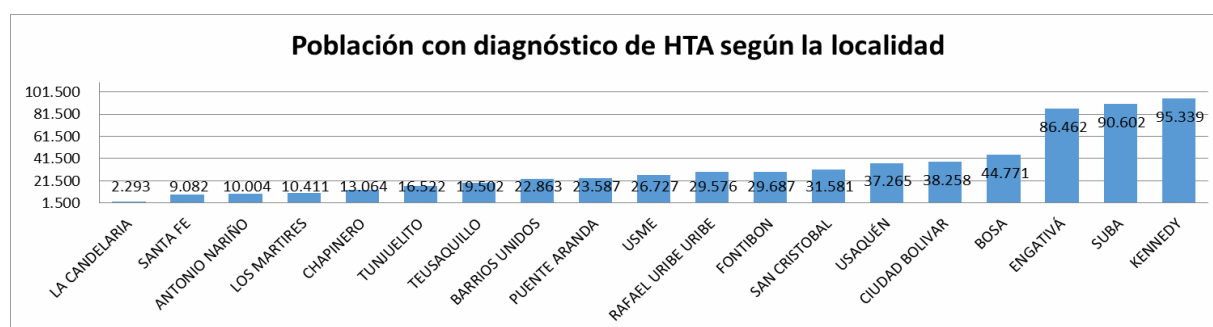


Gráfico 5 Población con diagnóstico de HTA según la localidad de Bogotá D.C

Fuente: Construcción propia con información de EM DANE 2014, Bogotá.

Siendo la HTA una de las causas de la ERC se hace pertinente describir numéricamente el número de personas a quienes se les diagnóstico y en que localidades se presentaron más casos y viceversa. Para los primeros casos Kennedy, Suba y Engativá

presentaron 95.339 personas con ésta causa, 90.602 diagnosticados y 86.462 pacientes, respectivamente. En general se refleja la falta de políticas de prevención de ésta causa principal de la ERC por parte del gobierno a pesar de intentar mantener el control es evidente que en las localidades donde existe más población más casos existen como si se tratara de una tendencia directamente proporcional, entre más habitantes más personas propensas a tener daño en los riñones.

Por otro lado, la Diabetes también se diagnosticó con más presencia en ciertas localidades que en otras ver Gráfico 6.

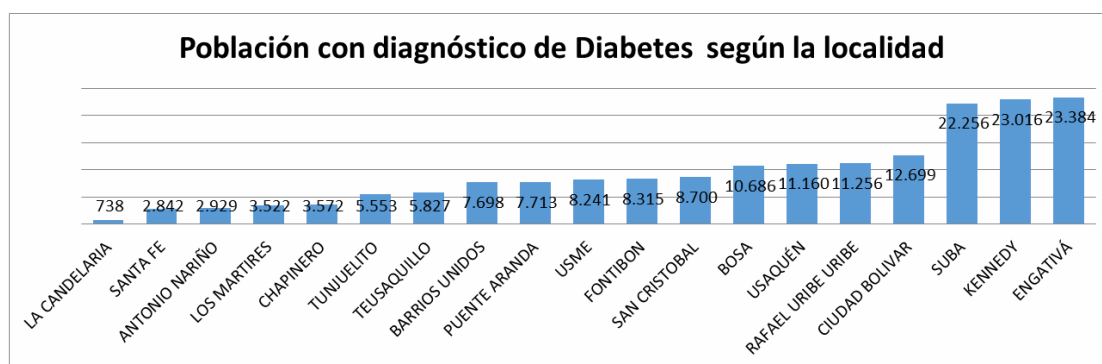


Gráfico 6 Población con diagnóstico de Diabetes según la localidad de Bogotá

Fuente: Construcción con información de EM DANE 2014, Bogotá.

Se observa que las localidades en que más casos se presentaron diagnósticos de Diabetes fueron Engativá con 23.384, Kennedy 23.016 y Suba 22.256 casos. Es notable que ésta causa principal de la ERC se presenta también en las mismas localidades en las cuales se diagnosticaron mayores pacientes con HTA.

Localidad	Diagnóstico de HTA	Diagnóstico de DM
La Candelaria	2.293	738
Santafé	9.082	2.842
Nariño	10.004	2.929

Tabla 7 Localidades que menos diagnósticos tuvieron de HTA y DM en Bogotá D.C

Fuente: Construcción propia con información de la EM DANE 2014, Bogotá.

Habría que nombrar que las localidades en las que menos se presentaron casos de HTA y DM son las mismas para ambos casos, para la primera causa en La Candelaria se presentaron 2.293 casos, en la localidad de Santa Fe 9.082 diagnósticos y en Antonio Nariño 10.004 pacientes; para la segunda 738, 2842 y 2.929 casos respectivamente.

1.3 Políticas Públicas relacionadas con la Prevención de la ERC

En éste aparte se describen las distintas políticas que se llevan a cabo para prevenir patologías de alto costo como la ERC. Así mismo, se nombraran las diversas investigaciones por parte de expertos sobre la prevención de las enfermedades crónicas especialmente las renales pues es importante tener programas de prevención ante las principales patologías causantes como lo son la HTA y la DM, para así mismo retardar la progresión de los estadios graves de la ERC.

La siguiente imagen explica el MODELO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA COLOMBIA publicado por el Ministerio de protección Social y FEDESALUD en el año 2005, el cual se lleva a cabo a través de las instituciones del SGSSS. Éste modelo de atención se proyectó con las siguientes expectativas:

1. Excelente adecuación tecnológica en el país, debido a que modelos de intervención en países desarrollados no siempre son costeables en países de bajos recursos.
2. Planificación organizada en los niveles de atención del Sistema de Salud: eliminando las barreras de acceso para lograr la atención adecuada de acuerdo a las condiciones y necesidades de los pacientes.
3. Los derechos de los pacientes deben ser prioritarios frente a la formulación del modelo garantizando “criterios de eficacia, eficiencia, aplicabilidad local, viabilidad financiera, jurídica y cultural” (Félix León Martínez, 2005).

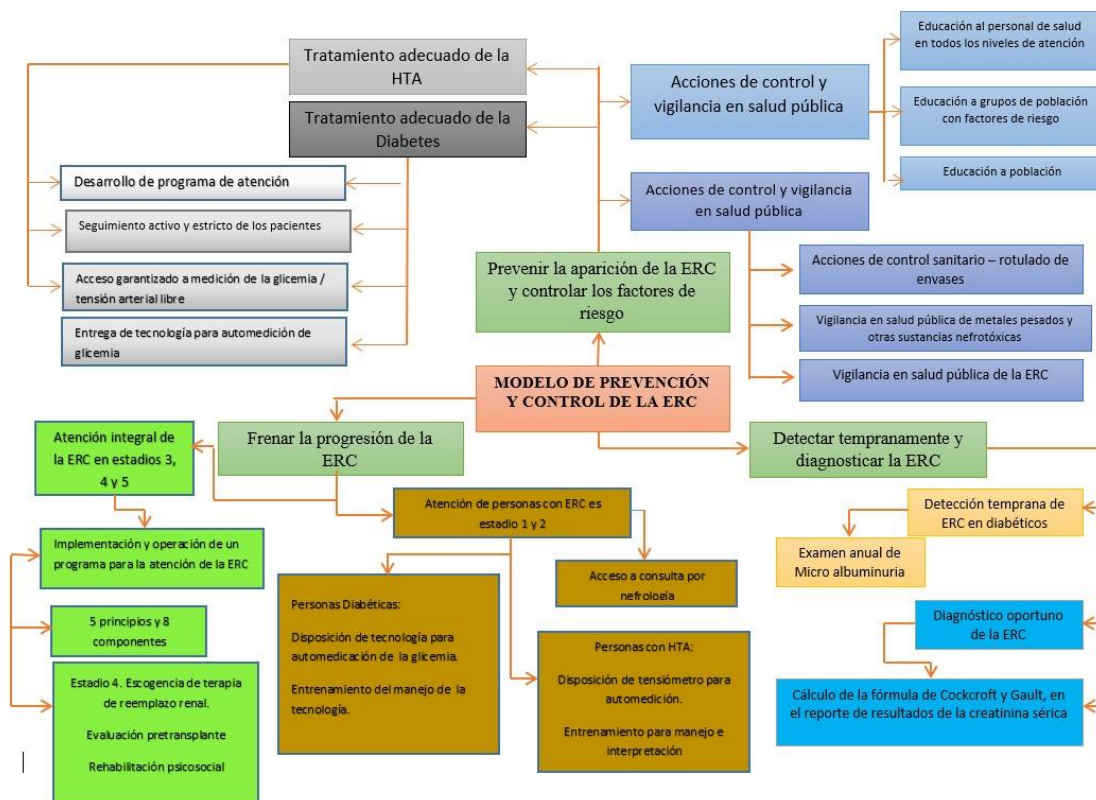


Imagen 8 Modelo de Prevención y control de la ERC

Fuente: Elaboración propia tomado del Modelo de Prevención y control de ERC, publicado por MPS y FEDESALUD

Así mismo, la Cuenta de Alto Costo incentiva la participación de la ciudadanía el 10 de marzo de cada año, para celebrar el “Día mundial del Riñón”, especialmente para prevenir la ERC en los niños, en quienes la principal causa de la enfermedad no son la HTA ni la DM, sino las enfermedades de tipo hereditario y congénito. Debido a lo difícil que es implementar estrategias para la prevención de la ERC en éste tipo de población, es necesario, optar por actividades de detección prenatal lo que permite “la planeación de acciones desde el nacimiento logrando el retraso de la enfermedad renal crónica” (Cuenta de Alto Costo, 2016). Por otro lado, cuando el origen es diferente a los anteriormente nombrados la CAC recomienda que los niños y sus cuidadores adquieran hábitos saludables de vida evitando la aparición de sedentarismo y sobrepeso.

Así mismo, la CAC por medio del Boletín de Información Técnica Especializada Volumen 3, Número 10 del presente año, público ciertas recomendaciones preventivas para la población de los hipertensos, aunque éstos no tienen síntomas comprobados para la existencia de ésta enfermedad, sí se pueden presentar alertas como hemorragia nasal, la dificultad respiratoria, la cefalea entre otros. De igual manera existen recomendaciones similares para prevenir complicaciones de la diabetes. Ver Tabla 9.

Recomendaciones Generales	HTA	DM
Reducción del consumo de alcohol	X	X
Reducir hábitos de tabáquico	X	X
Cambio hábitos de nutrición	X	X
Actividad física	X	X
Controlar la ingesta en sodio	X	
Mantener el peso adecuado	X	X
Automonitoreo y control		X
Educación	X	X

Tabla 9 Recomendaciones Generales para la prevención de la HTA y DM

Fuente: Elaboración propia con información de www.aldiaensalud.com.

Como se puede observar las recomendaciones son similares para la prevención de las principales causas de la ERC, la diferencia radica en que para disminuir el riesgo de la presencia de HTA se debe controlar la ingesta en sodio y para la DM mantener un Automonitoreo y control de la glucosa. Pero en general se recomienda cambiar significativamente hábitos de vida como reducir el consumo de alcohol y de tabaco, realizar mínimo 30 min de ejercicio casi diario, comer más saludable (frutas y verduras), mantener el peso adecuado y tener educación sobre el tema de la enfermedad y su cuidado, no solo el paciente sino también sus familiares para que desempeñen un papel activo en el cuidado; el conocimiento lo “deben aprender a buscar en fuentes de información confiable, tomar cursos virtuales o presenciales” (al día en salud, 2013).

2. Marco Histórico

Con el fin de tener un mayor entendimiento de la situación actual de los pacientes que padecen ERC, asimismo comprender la evolución de esta enfermedad en el mundo, se hace pertinente realizar un acercamiento a sus principios históricos.

Grecia (460-370 a.C.)

Las primeras referencias patológicas renales se remontan a la antigua Grecia (460-370 a.C.), con Hipócrates que fue el primero en determinar diversos cambios macroscópicos sutiles de la orina, que manifestaban enfermedades específicas en diferentes órganos, principalmente en los riñones. Según Hipócrates, “ningún otro sistema u órganos del cuerpo humano nos da tanta información diagnóstica a través de su excreción como el sistema urinario” (Julio Potenziani, 2006).

Asia (180 d.C.)

De igual manera cerca de seis siglos después en Asia contribuyeron Areteo de Capadocia (120-200d.C.) y Galeno de Pérgamo (130-200 d.C.), ya trataban la orina sanguinolenta sin cálculos y la hinchazón del cuerpo generalizada, con mezclas de espárragos, apio, comino y pepino en forma de pócmas y ajos e higos cocidos en vino, respectivamente enfermo.

Italia (900- 1558)

Muchos años después según el libro Historia de la Nefrología en España, Rafael Matesanz otros médicos seguirían tratando las enfermedades renales, con la técnica de la uroscopia, es decir, el estudio visual de las características de la orina, que fue progresivamente hipertrofiada y sobre utilizada en la Escuela de Salerno (Italia)

(800-1400), y defendida por Hércules de Sajonia (Padua 1551-1607), que consideraba su utilidad basándose en que los cambios en la mezcla de los líquidos corporales (“humores”)

se reflejarían en los cambios de color, turbidez y la presencia de sedimentos en la orina. Este cambio del estudio de la orina en vez del examen del pulso, el mayor signo de valor diagnóstico de la Medicina Griega y Romana, fue influenciado por la Medicina Árabe.

Ya para la segunda mitad del siglo XVII, los principales contribuciones a esta enfermedad fueron tres italianos -Marcello Malpighi (1628-1694), Lorenzo Bellini (1643-1704) y Giovanni Baptista Morgagni (1681-1771) aportaron el conocimiento histológico fundamental para comprender el funcionamiento renal.

3. Marco Legal

Para complementar la información sobre el gasto en salud se hace pertinente realizar un normograma para delimitar las normas que regulan a las entidades que se encargan de los pacientes con ERC.

Tipo de Documento	Fecha de emisión	Epígrafe	Emisor	Proceso Involucrado
Resolución 3442 de 2006	Sep 22 de 2006	"Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/ SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica"	Ministerio de Salud	Guía manejo de la ERC
Resolución 2565 de 2007	Jul 27 de 2007	"Por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la cuenta de alto costo"	Ministerio de Salud	Define la ERC como enfermedad de alto costo
Acuerdo 0388 de 2008	Enero 1 de 2008	"Por medio del cual se determina el valor del K y se establecen los Coeficientes de Alto Costo de Insuficiencia Renal Crónica para cada una de las EPS en el año 2007"	Ministerio de Salud	Valor del K y Coeficientes de Alto Costo de Insuficiencia Renal Crónica
Resolución 4700 de 2008	Nov 24 de 2008	"Por la cual se definen la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar para la operación de la Cuenta de Alto Costo"	Ministerio de Salud	Reporte información ERC
Circular 038 de 2016	Julio 27 de 2016	"Prestación del servicio de salud a personas con sospecha o diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica "	Supersalud	Prestación del servicio de salud ERC
Resolución 2463 de 2014	Agosto 6 de 2014	"Por la cual se modifica la Resolución 4700 de 2008"	Ministerio de Salud	Modificación Reporte de información ERC
Acuerdo 641 de 2016	Abril 06 de 2016	"Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones"	En consejo de Bogotá D.C	Reorganización del servicio de salud en el Distrito
Ley 100 de 1993	Dic 23 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones	Congreso de la República de Colombia	"Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tiene una relación laboral"

Tabla 10 Normograma de la ERC en Colombia

Fuente: Construcción propia a partir de información extraída de la CAC.

Análisis del gasto monetario en salud asumido por los hogares con un paciente que padece una enfermedad renal crónica; en la ciudad de Bogotá 2011-2014

Bogotá es la ciudad del país que alberga la mayor población en relación a los demás territorios de Colombia con un 16.60% que representa 8.080.734 habitantes, de acuerdo a las proyecciones de los resultados del censo realizado por el DANE en el año 2005. La capital del país presenta un sistema de Salud con mayor cobertura en comparación a Medellín, Cali, Bucaramanga entre otras, debido a que concentra una especialización en cada tipo de patologías con hospitales de primer, segundo y tercer nivel, que constituye el mejor centro de atención médico dentro del territorio colombiano. Lo anterior fue posible por la ley 100 de 1993 la cual crea el Sistema de Seguridad Social e Integral y permite tener mejor calidad en el servicio de salud.

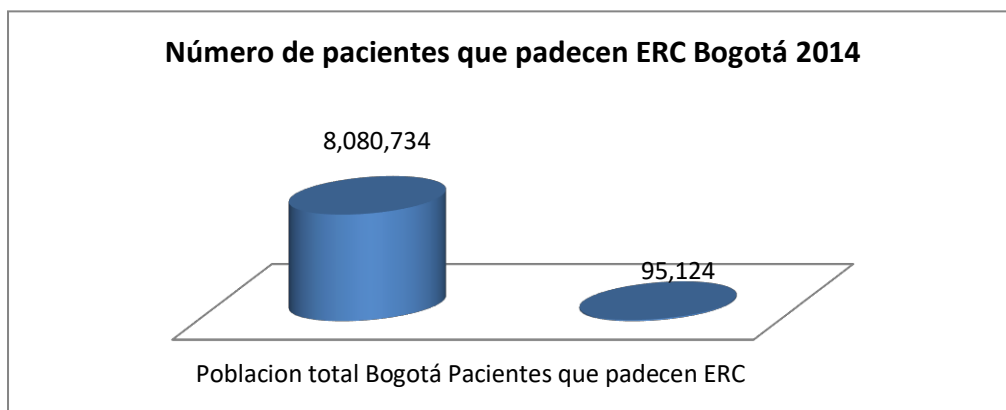


Gráfico 11 Cantidad de pacientes que padecen ERC en Bogotá

Fuente: Construcción propia a partir de información extraída de la EM DANE 2014, Bogotá

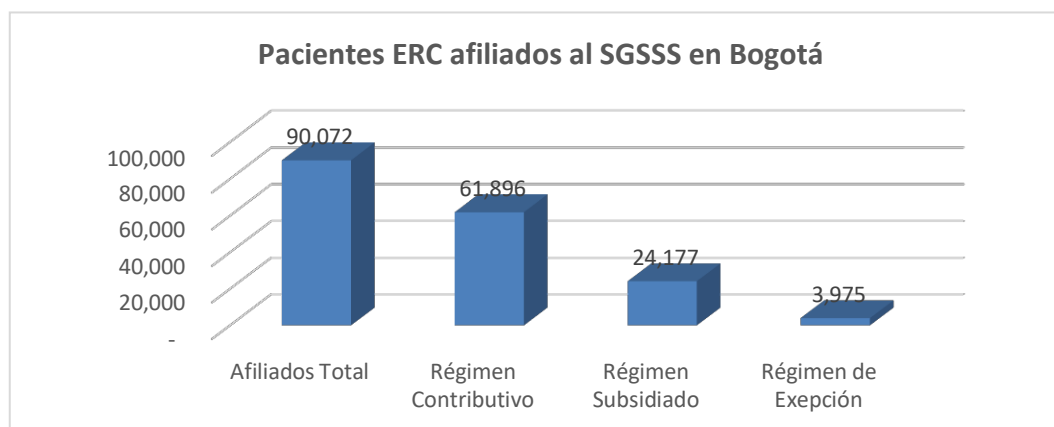


Gráfico 12 Pacientes ERC afiliados al SGSSS en Bogotá

Fuente: Construcción propia a partir de información extraída de la EM DANE

De la población que reside en Bogotá, el 1,3% padece algún tipo de patología renal, siendo este en números de pacientes 95.124 (según la Encuesta Multipropósito 2014 del DANE), de los cuales están afiliados 90.072 y 5.052 no pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. Aquellos que se encuentran asegurados, 61.896 pertenecen al régimen contributivo y 24.177 son subsidiados y 3.975 hacen parte del régimen de excepción.

Además dentro del grupo que está diagnosticado con alguna insuficiencia renal solo 41.202 pacientes pagan un tratamiento a su enfermedad. Sin embargo, existe una población que no realiza ningún gasto en su enfermedad los cuales constituyen 26.996 personas y otros que no la tratan conformada por un grupo de 26.926 pacientes.

Dado el fenómeno presentado, la ERC es una de las enfermedades con mayor frecuencia en personas mayores, quienes en la medida que avanza en edad, los pagos y costos son más altos para los hogares capitalinos. Por tanto, surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cuánto es el gasto monetario en salud que realiza una persona mayor de 40 años en la ciudad de Bogotá, que sufre de una Enfermedad Renal Crónica según la segunda EM del DANE 2011-2014? .

Se toma para el análisis descriptivo la edad de 40 años porque según la fuente información EM del DANE 2014, en ésta edad se inicia notoriamente la ERC en la población de Bogotá, como se puede observar en la siguiente gráfica.

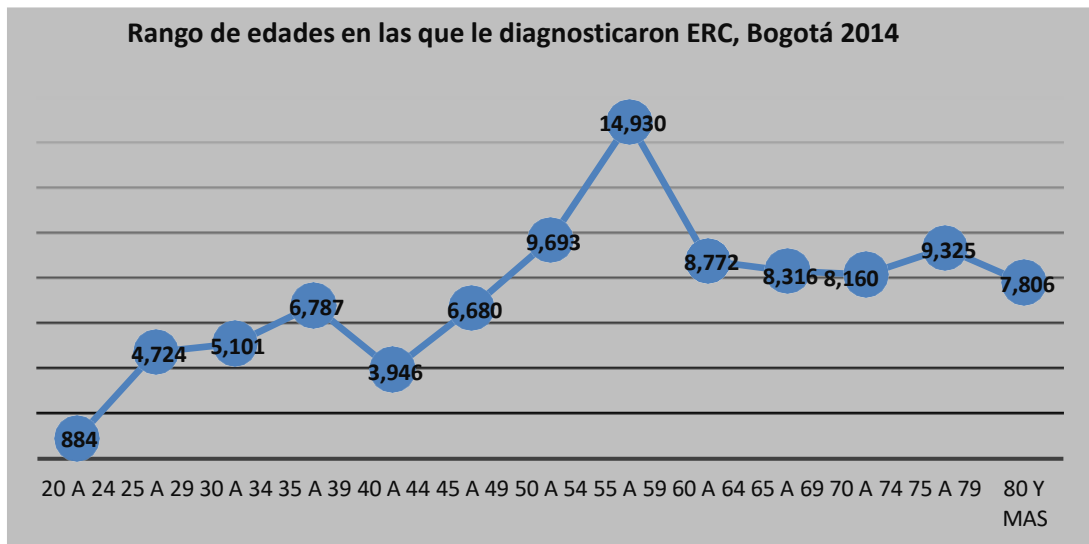


Gráfico 13 Rango de edades en las que se diagnosticó ERC, Bogotá 2014

Fuente: Construcción propia a partir de información extraída de la EM DANE 2014, Bogotá

4. Caracterización de la población de la ciudad de Bogotá que padece ERC

En este aparte, se realizará la descripción de la población que padece ERC en las localidades de Bogotá, también sobre los niveles de ingresos y el gasto en salud en el incurre un paciente con ésta enfermedad. Para efectos de la descripción se tomara la localidad de Usaquén como la que tiene mayores ingresos promedio pero que su gasto en salud (ERC) no es tan significativo en comparación con la localidad de Bosa que tiene menores ingresos pero gasta más en el costo de la Enfermedad Renal Crónica.

4.1 Población que padece ERC por localidades

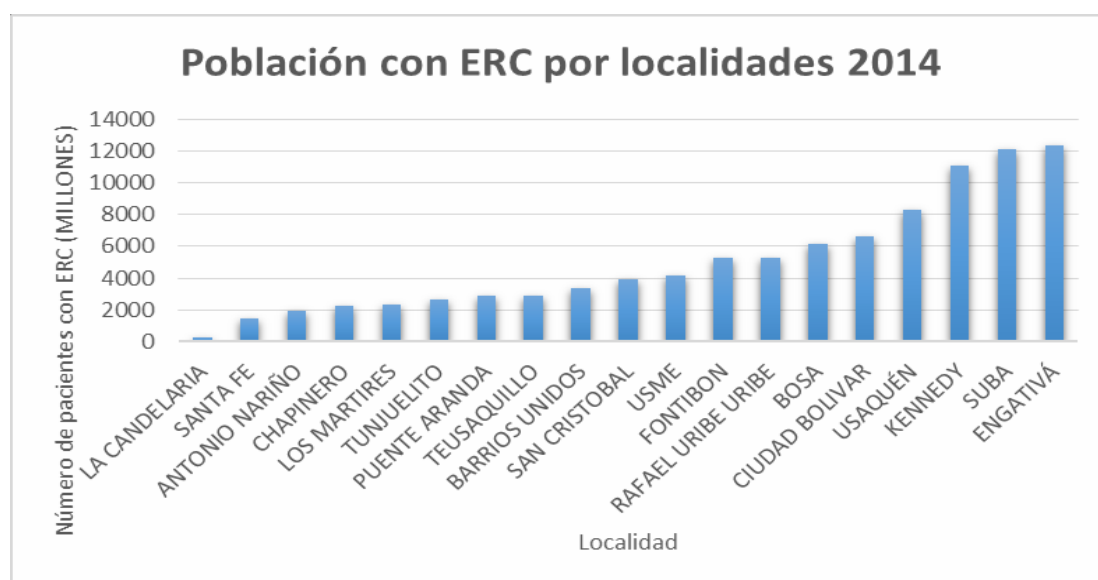


Gráfico14 Población con Enfermedades Renales por Localidades

Fuente: Construcción propia con información de la EM DANE 2014, Bogotá

Es evidente según datos estadísticos anteriormente expresados que Bogotá alberga la mayor población que sufre la ERC, lo que se observa en la Gráfico 15 en la que la localidad de Kennedy, Suba y Engativá tiene la mayor concentración de estos pacientes, en la primera 11.048, la segunda 12.108 y última 12.321 pacientes respectivamente.

Localidad	Total Población	Número de personas que padecen ERC
LA CANDELARIA	18.588	263
SANTA FE	74.143	1.461
ANTONIO NARIÑO	76.982	1.919
CHAPINERO	111.751	2.276
LOS MARTIRES	72.430	2.297
TUNJUELITO	142.054	2.623
PUENTE ARANDA	193.263	2.896
TEUSAQUILLO	119.595	2.908
BARRIOS UNIDOS	181.048	3.383
SAN CRISTOBAL	278.340	3.939
USME	242.076	4.158
FONTIBON	251.303	5.242
RAFAEL URIBE URIBE	260.373	5.249
BOSA	384.726	6.144
CIUDAD BOLIVAR	404.311	6.627
USAQUÉN	361.111	8.265
KENNEDY	711.905	11.048
SUBA	767.827	12.108
ENGATIVÁ	618.541	12.321

Tabla 15 Localidades con menores pacientes renales crónicos

Fuente: Construcción propia con información extraída de la EM DANE 2014, Bogotá.

Por otro lado, en la tabla 16 se observa que las localidades que albergan menos pacientes son La Candelaria con 263, Santafé tiene 1.461 y Antonio Nariño 1.919 pacientes. Las causas por las que probablemente existen menos pacientes en éstos lugares es debido a la cantidad de población que habitaba en ellas en el año 2014.

4.2 Niveles de Ingresos por Localidades

A continuación, se realizará el análisis de la Enfermedad Renal Crónica desde los ingresos netos per cápita por familia de acuerdo a la localidad a la que pertenezca el paciente. Además, se comparan las localidades con más ingresos promedio con las que menos tienen.

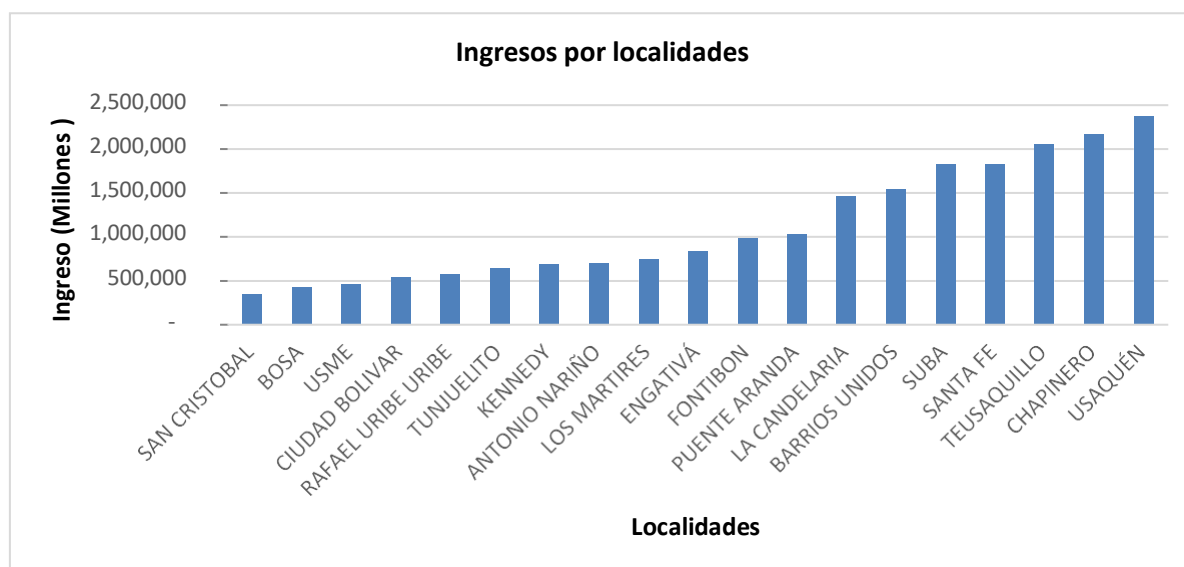


Gráfico 16 Ingresos promedio de las localidades de Bogotá

Fuente: Construcción propia con información extraída de la EM DANE 2014, Bogotá

Se observa que los ingresos promedio más altos se ubican en las tres últimas localidades iniciando con Usaquéen en donde su población tiene en promedio \$2.366.290 (dos millones trescientos sesenta y seis mil doscientos noventa pesos), en Chapinero tienen un promedio de \$2.166.096 (dos millones ciento sesenta y seis mil noventa y seis pesos) y la tercera con ingresos más altos es la localidad de Teusaquillo \$2.050.970 (dos millones cincuenta mil novecientos setenta pesos).

En gráfico 17 Se compara los ingresos promedio netos más altos y los más bajos de las localidades de la capital; entre los más bajos se encuentra la población de la localidad de San Cristóbal con \$340.205 (trescientos cuarenta mil doscientos cinco pesos), seguida la localidad de Usme con \$461.536 (cuatrocientos sesenta y un mil quinientos treinta seis pesos) y la población que menos ingresos promedio tiene es Bosa con \$423.801 (cuatrocientos veintitrés mil ochocientos un mil pesos).

4.3 Gastos en salud por familia para costear la ERC.

En las siguientes ilustraciones se comparan los gastos en salud que tienen los pacientes enfermos renales crónicos, dependiendo de la localidad donde se encuentre, así mismo se comparan las que más desembolso hacen y las que menos invierten en su ERC.

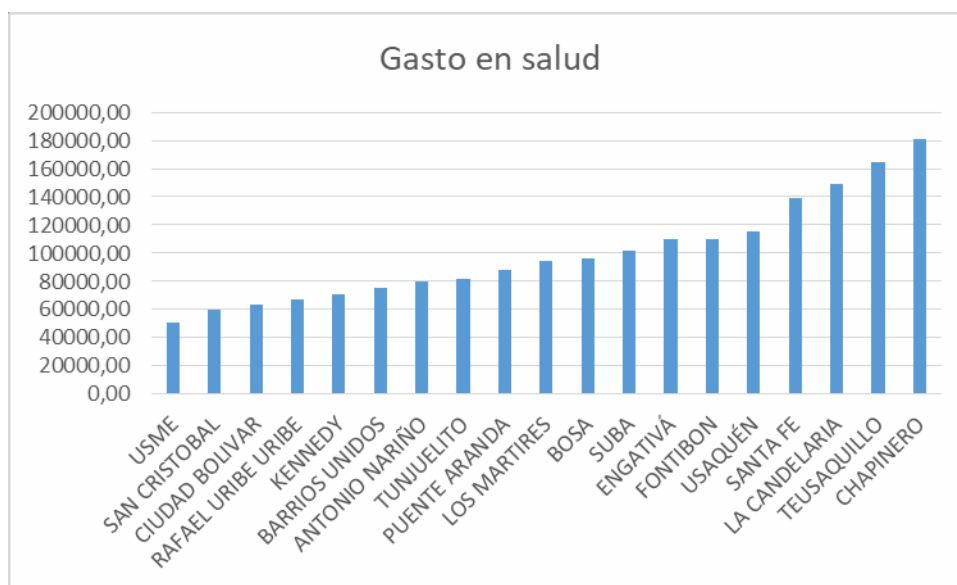


Gráfico 17 Gasto promedio en salud en las localidades de Bogotá-2014

Fuente: Construcción propia a partir de información extraída de la EM DANE 2014, Bogotá

En la gráfica 18 se observa que las localidades que más gasto tuvieron en salud son las de Chapinero, Teusaquillo y la Candelaria, en la primera la población tiene un gasto en salud de \$181.383 (ciento ochenta y un mil trescientos ochenta y tres pesos) mensuales, en la segunda disponen menos que la primera con un promedio de \$165.027 (ciento sesenta y cinco mil veintisiete pesos) y la última desembolsa mensualmente para su ERC \$149.320 (ciento cuarenta y nueve mil trescientos veinte pesos).

Localidad	Gasto en ERC mensual
LA CANDELARIA	181.383
CHAPINERO	165.027
TEUSAQUILLO	149.320
SAN CRISTOBAL	50.313
USME	59.899
CIUDAD BOLIVAR	63.583

Tabla 18 Localidades con los gastos más altos vs. Más bajos

Fuente: Construcción propia a partir de información extraída de la EM DANE 2014, Bogotá

En la tabla 18 se presentan las localidades que más gasto tienen en la ERC y las que menos disponen para la misma enfermedad que son: Usme con \$50.313 (cincuenta mil trescientos trece pesos), le sigue la localidad de San Cristóbal con \$59.899 (cincuenta y nueve mil ochocientos noventa y nueve pesos) y la población de Ciudad Bolívar es la que menos invierte en la ERC con \$63.583 (sesenta y tres mil quinientos ochenta y tres pesos).

4.4 Proporción de gastos en salud respecto a los ingresos promedio per cápita de las familias según la localidad

En éste aparte se dará a conocer la proporción del gasto en salud respecto a los ingresos netos mensuales; después se mostrara en una tabla las localidades que tiene un gasto más o menos significativos en la ERC.

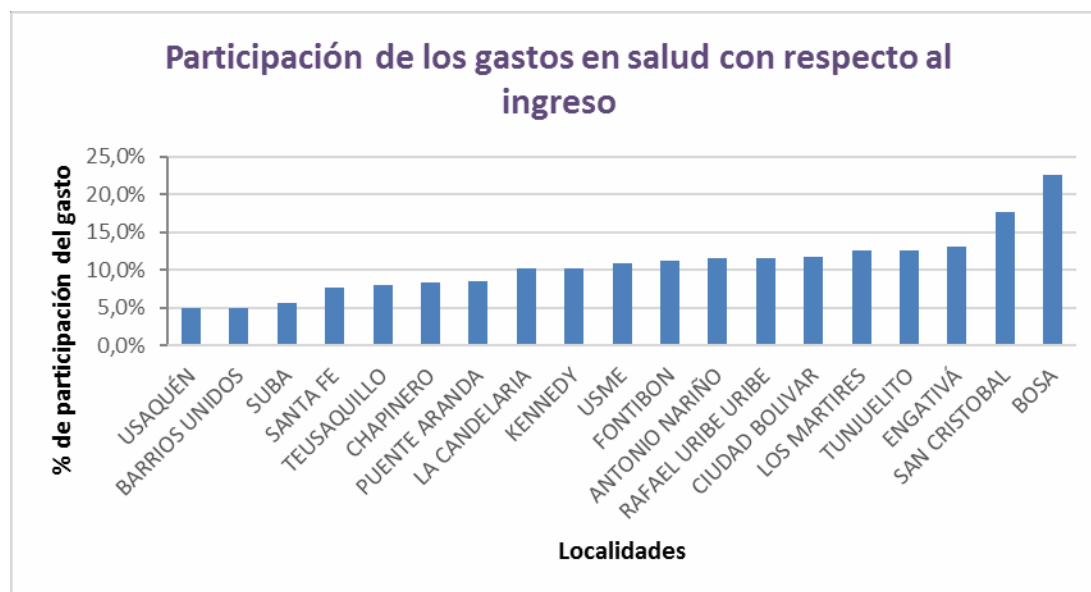


Gráfico 19 Participación de los gastos en salud respecto al ingreso neto per cápita por familia según la localidad

Fuente: Construcción propia a partir de información extraída de la EM DANE 2014, Bogotá

La proporción del gasto respecto al ingreso neto es significativo o no dependiendo la localidad que se quiera analizar, para éste caso se describirán los porcentajes más altos y los menos significativos. En los primeros se encuentran Bosa, San Cristóbal y Engativá con un porcentaje de 22.6%, 17.6% y 13.1% respectivamente; y las familias que menos porcentaje de gasto en salud tienen de acuerdo a su ingreso son Usaquén y Barrios Unidos con 4.9% y Suba con 5.6%. En el gasto en salud se incluye lo que de demanda la enfermedad de acuerdo al estadio en el que se encuentre el paciente pues entre más avanzada éste la ERC más costo asume respecto a su ingreso.

4.5 Ingresos per cápita neto y gasto en salud de las familias de localidad de Bosa

Para contextualizar más la situación que se presenta en las localidades de Bogotá en cuanto al gasto en el que incurren las familias con un paciente que padece ERC, se tomara la localidad de Bosa, como se puede observar en el gráfico 20 es la que tiene menor ingreso promedio pero es en la que el gasto en salud tiene mayor participación.

Localidad	Número de pacientes con ERC	Ingreso Neto Promedio por familia	Gasto en Salud	% de gastos en salud
USAQUÉN	8.265	2.366.290	114.921	4,86%
BARRIOS UNIDOS	3.383	1.539.724	75.043	4,87%
SUBA	12.108	1.820.088	101.953	5,60%
SANTA FE	1.461	1.825.228	138.774	7,60%
TEUSAQUILLO	2.908	2.050.970	165.027	8,05%
CHAPINERO	2.276	2.166.096	181.383	8,37%
PUENTE ARANDA	2.896	1.027.689	87.464	8,51%
LA CANDELARIA	263	1.466.348	149.320	10,18%
KENNEDY	11.048	689.431	70.720	10,26%
USME	4.156	461.536	50.313	10,90%
FONTIBON	5.242	984.862	110.085	11,18%
ANTONIO NARIÑO	1.919	694.551	79.982	11,52%
RAFAEL URIBE URIBE	5.249	579.101	66.889	11,55%
CIUDAD BOLIVAR	6.627	542.885	63.583	11,71%
LOS MARTIRES	2.297	744.460	94.202	12,65%
TUNJUELITO	2.623	642.227	81.268	12,65%
ENGATIVÁ	12.321	838.020	109.767	13,10%
SAN CRISTOBAL	3.939	340.205	59.899	17,61%
BOSA	6.144	423.801	95.815	22,61%

Gráfico 20 Tabla de comparación entre las 19 localidades de Bogotá.

Fuente: Construcción propia a partir de información extraída de la EM DANE 2014, Bogotá.

Se observa que la localidad de Bosa tiene 6.144 pacientes con ERC, el ingreso neto promedio por familia es de \$423.801 (cuatrocientos veintitrés mil ochocientos un pesos), el gasto en salud mensual en el que incurre la familia con un paciente con ERC es de \$95.815 (noventa y cinco mil ochocientos quince pesos) por tanto, la participación del gasto en salud respecto al ingreso en ésta localidad es el más significativo con 22.61%.

4.5.1 Descripción socioeconómica de la localidad de Bosa

A continuación, se realiza la descripción socioeconómica de la localidad de Bosa para determinar los factores que hacen que sea la localidad con más participación en el gasto en salud respecto al ingreso. Por tanto, se hace necesario realizar una descripción de sus características principales y su estratificación socioeconómica.

En la época pre-colonial Bosa fue un poblado indígena muy importante para los chibchas ya que era un punto de encuentro para la paz y la guerra entre sus habitantes y las otras comunidades. Se constituyó en lugar de encuentro de tres conquistadores en 1538 (Gonzalo Jiménez de Quesada, Nicolás de Federman y Sebastián de Belalcázar).

Tal como lo plantea la constitución de 1991 a Bogotá para ésta época se le dio el carácter de Distrito Capital y a su vez Bosa se convirtió en la localidad número 7, ubicada en el extremo suroccidental de la ciudad. Desde entonces en éste territorio la población ha aumentado considerablemente tanto así que ha sido “un punto de llegada de los inmigrantes de otras partes de Colombia.... y ha generado múltiple problemas de seguridad, espacio público, vías de acceso y redes de servicios públicos, que también afectan a otras localidades de Bogotá” (Localidadbosa"s Blog, s.f.).

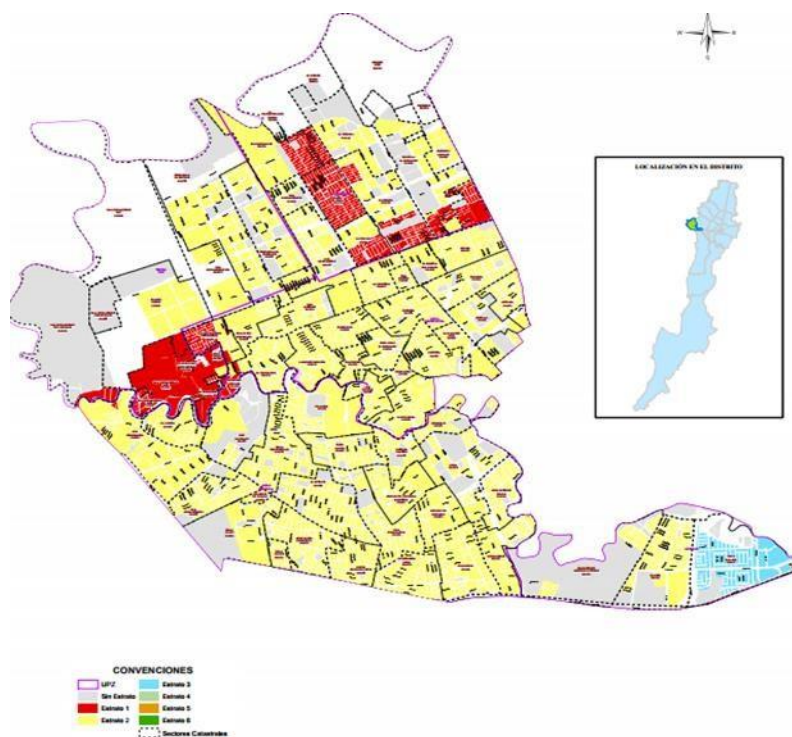


Imagen 21 Mapa de la localidad de Bosa

Fuente: imagen extraída de la Secretaria Distrital de Planeación

Su estratificación socioeconómica se divide en UPZ (Unidades de Planteamiento Zonal) que es el espacio que existe entre la localidad y los barrios como se observa en la imagen con el color blanco, son unidades territoriales que sirven “para planificar el desarrollo urbano en el nivel zonal. Son instrumento de planificación para poder desarrollar una norma urbanística en el nivel de detalle que requiere Bogotá” (Espinosa, 2013). Las UPZ de Bosa son 5: Apogeo 49, Bosa Central 85, Bosa Occidental 84, El Porvenir 86 y Tintal Sur 87.

En la localidad de Bosa la población se ubica en el estrato 0,1, 2 y 3 como se observa en el mapa anterior en el estrato 0 (cero) reside el 3.29% (4.451 lotes), en el estrato 1 el 6.48% (8.777 lotes), en el 2 es donde se encuentra la mayoría de la población 87.75% (118.802 lotes) y en el 3 se encuentran 2.47% (3.350 lotes). Bosa ésta localizada al suroccidente de la ciudad de Bogotá y limita por el norte con el municipio de Mosquera, por el sur con la localidad de Ciudad Bolívar y el municipio de Soacha, por el oriente con Kennedy y Ciudad Bolívar y por el occidente con la localidad de Kennedy (Equipo Análisis de Situación de Salud, 2015).

4.5.2 Equipamiento en Salud en la localidad de Bosa

Se hace necesario describir el equipamiento en salud en la localidad de Bosa se encuentra que para el año 2014, “al evaluar la ubicación de la IPS primaria de los afiliados al régimen contributivo según datos de la encuesta de caracterización de Salud a su hogar en el año 2006, se encontró que la mayoría (86% aproximadamente) de la población afiliada a éste régimen, es atendida en IPS fuera de la localidad” (Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE, 2015). Ver Gráfico 23.

Por consiguiente, al no existir IPS donde el enfermo renal crónico pudiera recibir la atención especializada, incurrirá en gasto de transporte adicional hacia el hospital donde lo pudieran atender para éste caso la unidad renal más cercana es la de Kennedy. Lo que implica mayor inversión económica para el paciente con respecto a su ingreso.

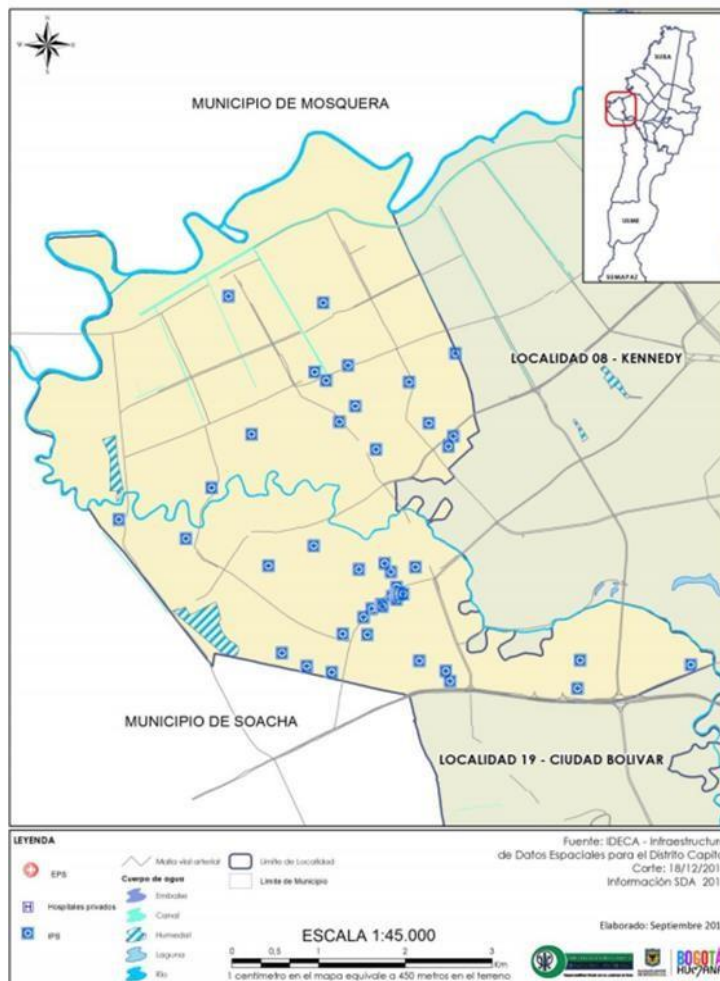


Imagen 22 Equipamiento en salud (EPS, IPS y Hospitales privados), en la localidad de Bosa

Fuente: hospital Pablo VI, IDECA- Infraestructura Distrito Capital. Secretaria Distrital de Ambiente. 2014

Cabe resaltar que la unidad renal más cercana a la localidad de Bosa es la Kennedy la cual funciona hace más de 7 años y cuenta con 40 máquinas de diálisis que funciona en 7 turnos 6 días de la semana, con éstas se benefician alrededor de 250 usuarios gratuitamente. Adicional la Subred Suroccidente ofrece el servicio de transporte puerta a puerta, para garantizar la continuidad del tratamiento y la asistencia de los pacientes a las citas de seguimiento y control.

En las 4 horas que dura la cita médica el paciente tiene la compañía de médicos nefrólogos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Como el proceso de diálisis descompensa tanto al paciente también se les ofrece un refrigerio en una

cafetería restringida solo para ellos. En caso de estar de viaje por algún motivo se les ofrece apoyo en la ubicación de una sede alterna para que su tratamiento no se vea afectado y el usuario no tenga que privarse de su rutina normal de vida. “Para complementar las necesidades y oportunidades que se les presentan a los pacientes con este tipo de patologías, la Unidad Renal del hospital de Kennedy brinda un servicio integral a través del programa (Devolviendo Sonrisas)” (Jcortes, 2017).

5. Barreras al servicio de salud

Así mismo, en un modelo capitalista como el de Colombia donde la brecha entre pobres y ricos crece cada vez lo que causa que la atención en salud éste condicionada por los recursos económicos. Entre las barreras al servicio de salud, según el Dr. Galán Médico especializado en Administración de salud, se encuentran:

- a) **Barrera Legal (administrativa):** Dependiendo de cómo este implementado el modelo de atención en salud en la EPS en la que se encuentre afiliado el paciente.
- b) **Barrera de Oferta del servicio:** Se presenta el caso en el que la IPS no cuenta con el servicio que requiere el paciente o tampoco cuenta con la infraestructura para atenderlos o la tecnología que requiere el servicio demandado por el afiliado.
- c) **Barrera Geográfica:** Se presenta cuando la IPS no cuenta con el servicio completo de atención y el paciente se tiene que desplazar al destino que lo remitan para ser atendido.
- d) **Barrera Económica:** Para los pacientes que no tienen suficientes ingresos para costear su gasto en salud pues tienen que sacar de su bolsillo, desde lo más mínimo como el transporte al centro médico donde posiblemente lo atienden,

pago de cuota moderadora, sí es el caso copago, compra de medicamentos si no están incluidos en el POS, entre otros.

- e) Barrera Sociocultural: De ésta barrera hacen parte las creencias del paciente por ejemplo, la poca confianza en la medicina alopática, la disposición de buscar otro tipo de medicinas (chamánica, entre otras), recurrir a remedios caseros.

5.1. El buen estado de salud y sus factores determinantes

Tener un buen estado de salud no solo depende del modelo de atención que se implemente en el distrito como el que propuso en el año 2016 a partir del acuerdo 641 del 6 de Abril, por el cual se efectúa el cambio en la reorganización del sistema de salud en Bogotá; si no que también depende de la capacidad económica que tenga la población en especial por los ingresos per cápita de cada familia

Tal como se evidencio en el capítulo 4.4 la participación de los gastos en salud respecto al ingreso es menos significativo en las localidades con altos ingresos entre ellas Usaquén, Teusaquillo y Chapinero debido a que al tener mejores condiciones económicas así mismo es su calidad de vida. Por ejemplo, en cuanto alimentación, la canasta familiar de una localidad con ingresos altos es muy diferente a la de bajos ingresos, en la primera los recursos económicos están por encima de los 2 millones de pesos, caso contrario en las segundas localidades en las cuales su ingreso neto mensual oscila entre 340 a 461 mil pesos, por tanto, “La familia promedio no se puede sostener con un salario mínimo. Alcanzaría para cubrir alimentación y parte de vivienda, pero el resto de la canasta básica familiar queda completamente descartada” (Noticiascaracol.com, 2017).

Así mismo la mayoría de la población de altos ingresos cuenta más recursos como por ejemplo para dedicar su tiempo libre a realizar deporte, educarse, puede variar su

alimentación priorizando las proteínas, frutas y verduras, se realizan controles médicos; caso contrario en las localidades de bajos ingresos donde la cultura es diferente.

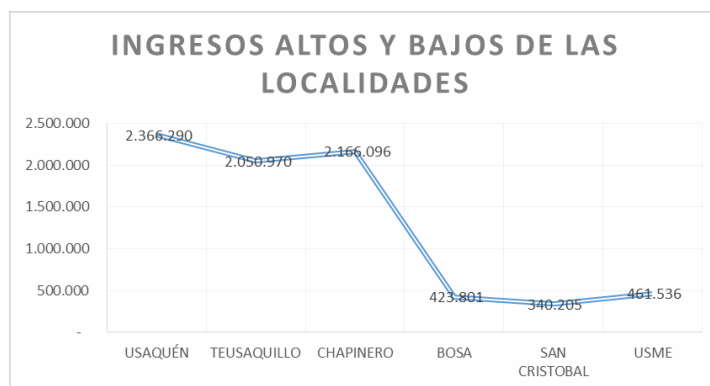


Gráfico 23 Ingresos altos y bajos de las localidades

Fuente: Construcción propia a partir de información extraída de la EM DANE 2014, Bogotá

En las localidades de bajos ingresos como se observa en la Ilustración 24 Bosa, San Cristóbal y Usme las condiciones son más precarias; por tanto su disponibilidad económica da sí al caso para comer 2 o 3 veces al día toda la familia.

Según el informe sobre la pobreza presentado por el DANE para el año 2014 explica que “explica que una persona, al tener un ingreso por encima de 211.807 pesos al mes, supera la pobreza. Así, un hogar de cuatro miembros, deja de ser pobre si recibe más de 847.228 pesos” (Peña A. R., 2015). Por tanto, es evidente que las localidades de Bosa, San Cristóbal y Usme se catalogan pobres porque su ingreso per cápita por familia es inferior a 500 mil pesos mensuales.

Lo anterior lo contradicen las cifras de la pobreza multidimensional para el año 2014 publicadas por el DANE, la cual toma como base indicadores de salud, trabajo y educación entre otros, en las cuales se afirma que para ese año la pobreza “también bajó, de 24,8 por ciento en el 2013 a 21,9 por ciento en 2014, que interpretado de otra manera significa que de

11'564.000 personas en situación de pobreza en 2013 se pasó en el año anterior a 10'336.000, es decir, 1'228.000 menos” (Peña A. R., 2015)

También la OMS opina que “La buena salud es fundamental para el bienestar humano y el desarrollo económico social sostenible. Los estados miembros de la OMS se han fijado el objetivo de desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria para garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios mientras están protegidas contra las dificultades económicas asociadas al pago de los mismos” (Organización mundial de la salud, 2010)

Así mismo, el profesor de Política económica Hernán E. Daly, de la universidad de Maryland indica que el desarrollo económico y el crecimiento económico se diferencian principalmente en que “El crecimiento implica introducir una mayor cantidad del mismo tipo de cosas; el desarrollo supone introducir una cantidad igual de algo mejor (o, como mínimo, distinto).” (Daly, 2008)

Adicionalmente los niveles de ingreso pueden determinar el buen estado de salud: “Durante muchos años se pensó que el crecimiento económico era el principal determinante del estado de salud de una población y que éste no afectaba el ingreso de una economía, la forma de inferir esto es sencilla, pues un mayor ingreso amplía las posibilidades de consumo y permite el incremento del gasto en bienes y servicios promotores de salud, tales como nutrición, acceso a agua potable, sanidad y mejor calidad de servicios médicos”. (Montealegre, 2009).

Así mismo, para las teorías acerca del aumento de vida ha sido diverso desde el punto de vista de varios historiadores, en Europa y luego al resto del mundo en la mitad del siglo XIX la esperanza de vida era de 40 años y para el siglo XX empezó un crecimiento lento pero constante. Pero historiadores y demógrafos tienen distintos pensamientos de sobre éste hecho, en lo único que coinciden es en que los ingresos son el factor que han permitido aumentar la

esperanza de vida de la mano con la disponibilidad de servicios sanitarios y alimentos.

(David E. Bloom, 2004)

Según, el modelo de crecimiento económico de Solow-Sawm, parte del supuesto de que lo que permite crecer la economía es el progreso técnico, las capacidades de desarrollar bienes terminados lo que comprueba que el crecimiento económico lleva consigo el capital humano (Zuleta, 2014), que son los conocimientos que se adquiere a medida que el individuo se forma, como los estudios básicos, superiores y especializados.

Sin embargo, se encuentra un vacío en la teoría del crecimiento económico de Solow y del capital humano de Becker, ya que en sus modelos no existe seguridad social y se deja de lado el eje fundamental de la población, brindar calidad de vida a través de la buena salud para la productividad, tanto para la obra de mano calificada como la no calificada.

Según estudios realizados por la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (FEDESALUD) y cuentas nacionales de Salud MPS Y DNP, estimo que la ERC “ha comprometido en los últimos años aproximadamente el 2% del gasto en salud del país y el 4% del gasto en Seguridad Social en Salud” (Félix León Martínez, 2005).

Conclusiones

De acuerdo al análisis realizado al gasto que asume una familia con un paciente renal crónico, se concluye que:

1. Las localidades de Bogotá como Bosa, San Cristóbal y Usme son las que mayor participación de gasto en salud tienen respecto a su ingreso el cual no supera los 462.000 mil pesos mensuales y su porcentaje respecto al gasto oscila entre el 10% al 22% mensual, a su vez las que tienen menor participación en gasto de salud son Usaquén, Teusaquillo y Chapinero dado que su ingreso mensual ésta por encima de los 2 millones de pesos y la participación del gasto es menor.

Por tanto, el gasto en salud para una familia con un ingreso per capital bajo tiene un costo de oportunidad más alto pues se ve en la obligación de cohibirse en invertir éste monto de dinero en bienes o servicios como vivienda, educación, recreación, alimentación, entre otros, mientras que una familia con un ingreso per cápita alto tiene la posibilidad de invertir en la ERC sin necesidad de privarse de otras bienes o servicios básicos que le ayudan a mantener su calidad de vida.

2. Los principales factores de riesgo como la HTA y la DM de la ERC pueden prevenir o retrasar acatando las recomendaciones de una buena alimentación, baja ingesta de sodio, hacer ejercicio regularmente, controles médicos, monitoreo continuo de la tensión arterial, abstinencia del tabaquismo, mantener el peso, entre otros; a diferencia de los pacientes renales crónicos

que heredan la enfermedad y tienen que aprender a lidiar con su enfermedad y el gasto que implica mantenerla.

3. En las 19 localidades de la ciudad de Bogotá se presentan diagnósticos de la ERC se presenta según la EM del DANE 2014 y el grupo etario que más la padece es a partir de los 40 años debido a que con el tiempo ciertos órganos tienden a disminuir su funcionamiento sí es ese el caso por tanto, es un factor de riesgo no modificable.
4. Se espera que el acuerdo 641 del 6 de Abril de 2016 que tiene como objetivo la reorganización del sector salud en el distrito, funcione realmente brindando calidad en el servicio médico a la población pues se pasó de tener 22 hospitales cada uno con su propia administración a 4 Subredes E.S.E: norte, centro oriente, sur y sur occidente encabezada cada una por un gerente, de ésta manera se podrán administrar mejor los recursos económicos.
5. Es importante estudiar los gastos en salud que acarrear las familias con un paciente crónico pues esto disminuye el bienestar en los hogares por consiguiente el ingreso disponible de quienes la padecen es mucho menor en comparación de aquellos que se encuentran en buen estado de salud. Cabe destacar que sí las personas se encuentran en óptimas condiciones su productividad será más eficiente y de ésta manera contribuye al crecimiento económico del entorno social en el que habita.

Bibliografía

- Adriana Duran, L. V. (1 de Diciembre de 2009). *Enfermedad Crónica en Adultos Mayores*. Colombia.
- Agudelo, A. (2006). *Diagnostico de los adultos mayores de Colombia*. Bogota.
- al día en salud. (Agosto de 2013). *aldiaensalud.com*. Obtenido de Instituto Nacional de Diabetes y las Enfermedades Renales y Digestivas. Controle la diabetes : http://aldiaensalud.com/articulos/como-prevenir-los-problemas-de-la-diabetes?gclid=EAIaIQobChMIptKgse-v1wIVAILpCh12DQ9eEAAYAiAAEgJj9vD_BwE
- Arriba Salud. (2017). *arribasalud.com. Artículos de Salud y Medicina* .
- Burke, M. M. (1998). *enfermería gerontologica*. Obtenido de http://books.google.com.co/books?id=fRmGZFpVfVAC&pg=PA318&lpg=PA318&dq=cambios+psicologicos+en+el+adulto+mayor&source=bl&ots=i5XKvgy_qj&sig=Uxrn5riu5tT86VbSUp39G6VMbjA&hl=es&sa=X&ei=RbtXULuECJGc8wSKtIHycw&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=osteoporosis&f=false
- Canchila, D. M. (2010). *FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS DE ORIGEN CARDIOCASCULAR EN UNIFORMADOS DE LA POLICIA NACIONAL, 2009*. Bogota D.C.
- Cantalapiedra, S. Á. (s.f.). *www.fuhem.es*. Obtenido de <http://www.fuhem.es/ecosocial/articulos.aspx?v=10080&n=0>
- costo, C. d. (17 de Mayo de 2017). *Boletín de Información Técnica Especializada Volumen 3, Número 10*. Bogota D.C, Colombia.
- Costo, F. d. (2015). *Situacion de la enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Colombia. 2015*. Bogotá.
- Cuenta de Alto Costo. (Marzo de 2014). *Situación de la Enfermedad Renal Crónica en Colombia*. Bogotá, D.C, Colombia.
- Cuenta de Alto Costo. (2015). *Situación de la Enfermedad Renal Crónica en Colombia 2014*. Bogota D.C.
- Cuenta de Alto Costo. (2016). *Día Mundial del Riñon*. Bogotá.
- Cuenta de Alto Costo. (17 de Mayo de 2017). *Boletín de información técnica especializada Volumen 3, Número 10*. Obtenido de

- https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/boletines/2017/CAC.Co_2017_05_16_BoITec_V3N10_DM_HTA_V_0.0.pdf
- Cuenta de Alto Costo. (17 de Mayo de 2017). CAC. Obtenido de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/boletines/2017/CAC.Co_2017_05_16_BoITec_V3N10_DM_HTA_V_0.0.pdf
- Cuenta de Alto Costo. (17 de Mayo de 2017). Cuenta de Alto Costo. Bogota, D.C, Colombia.
- Cuenta de Alto Costo. (s.f.). Cuenta de Alto Costo Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. *Enfermedad Renal Crónica ERC*. Colombia.
- Daly, H. E. (2008). Una economía de Estado Estacionario. *PAPELES de relaciones ecosociales y cambio global*, 43-55.
- DANE. (30 de Julio de 2014). *Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)*. Obtenido de https://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/365
- David E. Bloom, D. C. (2004). Salud, riqueza y bienestar. *Finanzas & Desarrollo*, 10.
- Dinero. (26 de Mayo de 2006). *www.dinero.com*. Obtenido de <http://www.dinero.com/edicion-impres/especial-comercial/articulo/20-habitos-para-tener-vida-saludable/33528>
- Equipo Análisis de Situación de Salud. (30 de Septiembre de 2015). Atlas de salud pública 2014. Bogotá, Colombia.
- Espinosa, M. C. (13 de Agosto de 2013). ¿Qué es la UPZ y para que sirve?
- Felicia Marie Knaul, H. A.-O. (2007). *La competitividad, la salud y el sector salud: una nueva vertiente del paradigma de economía y salud*. México D.F.
- Felix León Martínez, M. B. (2005). *Modelo de prevención y control de la enfermedad Renal Crónica*. Bogotá.
- Felix León Martínez, M. M. (2005). *MODELO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA*. Bogotá.
- Fin/VMH/MLA/SYC. (15 de Abril de 2015). *Unimedios I Agencia de noticias UN I Salud*. Obtenido de <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/una-guia-para-bajar-costos-en-el-cuidado-de-enfermos-cronicos.html>
- Hospital Pablo VI Bosa I Nivel ESE. (30 de Septiembre de 2015). Equipo analisis de situación de salud. Bogotá, Colombia: Bosa Territorio Saludable.
- Jaramillo, A. (1995). *Documentos de trabajo Economía y Finanzas*. Medellin.
- Jcortes. (05 de Mayo de 2017). *bogotagov.co*. Obtenido de <http://bogota.gov.co/temas-de-ciudad/salud/unidad-renal-de-kennedy-atiende-gratis-a-250-pacientes>

- Josef Coresh, M. P., Elizabeth Selvin, P. M., Lesley A. Stevens, M. M., & otros, y. (7 de Noviembre de 2007). *Josef Coresh, MD, PhD; Elizabeth Selvin, PhD, MPH; Lesley A. Stevens, MD, MS; y otros*. Obtenido de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/209357>
- Julio Potenziani, U. (2006). *Historia de la Urología*. VITAE.
- Karem Espinosa, J. H. (Julio-Diciembre de 2003). Producción académica en Economía de la salud en Colombia, 1980-2002. *Lecturas de Economía*, 7-53.
- Laboral, R. E. (15 de Mayo de 2017). *El Pulso Laboral*. Recuperado el 16 de Octubre de 2017, de <http://www.elpulsolaboral.com.mx/seguridad-social-y-salud/9823/cuesta-enfermedad-cronica>
- Leguizamón, S. A. (Agosto de 2009). Una presentación desde America Latina. Buenos Aires : CLACSO.
- Lilia Edith López Rojas, M. A. (Febrero de 2015). Boletín Crónicas. Bogotá, Colombia.
- Localidadbosa"s Blog. (s.f.). *localidadbosa.wordpress.com*. Obtenido de <https://localidadbosa.wordpress.com/historia/>
- Medina, M. M. (2016). La enfermedad renal Crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud . *Rev. Gerenc. Polít. Salud.*, 15 (30): 212-233.
- MM, L.-M. (2016). La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.*, 212-233. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-30.erc>
- Montealegre, Ó. I. (2009). *Salud y crecimiento económico : expectativa de vida endógena y capital humano*. Bogotá.
- Mora, D. J. (01 de 2016). Enfermedad Renal Crónica y sus síntomas. (I. L. TV, Entrevistador)
- Morales-Padilla ON, P.-M. G.-V. (2017). Carga financiera del cuidado del enfermo crónico en un grupo de familias en Guatemala. 45-53.
- Mould, J. (Junio de 2006). *Gestiopolis*. Obtenido de Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/impacto-de-la-salud-en-el-crecimiento-economico/>
- National Heart, Lung and Blood Institute . (20 de Octubre de 2012). *NIH. National Institutes of Health* . Obtenido de https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/sleep_apnea
- Nephrocare. (s.f.). El estadio de mi enfermedad. España.
- Nephrocare. (s.f.). El Estadio de mi enfermedad. España.

- NIH: Instituto Nacional de la Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales. (s.f.).
MedlinePlus. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/creatinine.html>
- NoticiasCaracol.com. (6 de Junio de 2017). *Economía*. Obtenido de
<https://noticias.caracol.com/economia/datos-del-dane-vs-realidad-en-las-calles-cuanto-cuesta-la-canasta-familiar-para-un-colombiano>
- Organización mundial de la salud . (2010). *Organización mundial de la salud* . Obtenido de
<http://www.who.int/whr/2010/es/>
- Peña, A. R. (25 de Marzo de 2015). *www.eltiempo.com*. Obtenido de
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-15457376>
- Peña, A. R. (25 de Marzo de 2015). *www.eltiempo.com*. Obtenido de
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-15457376>
- Planeación, S. D. (Julio de 2015). *Secretaría Distrital de Planeación* . Obtenido de
http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Encuesta_Multiproposito_2014/Cartilla-Multiproposito.pdf/
- público, M. d. (1 de Diciembre de 2008). Resolución 4700 de 2008. Bogotá, Colombia.
- Restrepo, L. F. (4 de Enero de 2016). *El país.com.co*. Obtenido de
<http://www.elpais.com.co/opinion/columnistas/luis-felipe-gomez-restrepo/salud-es-mas-que-ingresos.html>
- Rita de Cassia Ribeiro Mendonça Helu, G. A. (2008). *Characterization and etiology of the chronic renal failure in a countryside nephrology unit of São Paulo State*. Obtenido de
<http://www.scielo.br>
- Salud, O. M. (2008). *Decisiones difíciles: invertir en salud para el desarrollo. Las experiencias de algunos países en el seguimiento de la comisión sobre macroeconomía y salud*. Canada: OMS.
- Salud, O. M. (2009). *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. India: OMS.
- Seira, E. (21 de Febrero de 2014). *Letras Libres*. Obtenido de
<http://www.letraslibres.com/mexico-espana/dos-perspectivas-sobre-el-desarrollo-economico>
- Social, M. d. (s.f.). *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados Encargados de Adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del sistema de Salud. Informe Final*. Bogotá.
- Video Corporativo Cuenta de Alto Costo. (28 de Marzo de 2016). *Youtube*. Obtenido de
<https://www.youtube.com/watch?v=6OrrqJ3UgPM>

Zuleta, H. (13 de Mayo de 2014). El legado de Gary Becker.