



**CARACTERIZACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS EN  
COLOMBIA A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES 2010**

ANDREA JIMÉNEZ FORERO

[andrea.jimenez@udca.edu.co](mailto:andrea.jimenez@udca.edu.co)

CÓD. 52449989

DIANA MARCELA LÓPEZ FLOREZ

[diana.mlopez@udca.edu.co](mailto:diana.mlopez@udca.edu.co)

CÓD. 52967387

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES (U.D.C.A)**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA**

**BOGOTÁ D.C.**

**2015**

**CARACTERIZACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS EN  
COLOMBIA A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES 2010**

ANDREA JIMÉNEZ FORERO

Andrea.jimenez@udca.edu.co

CÓD. 52449989

DIANA MARCELA LÓPEZ FLOREZ

diana.mlopez@udca.edu.co

CÓD. 52967387

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE QUÍMICO  
FARMACÉUTICO**

**DIRECTOR: JOSE RICARDO URREGO NOVOA**

**Químico Farmacéutico Especialista en Farmacología, Especialista en Epidemiología;**

**MSc Toxicología, MSc Administración, PhD (C) Ciencias Farmacéuticas**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES (U.D.C.A)**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA**

**BOGOTÁ D.C.**

**2015**

## TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE GRAFICAS.....	6
LISTA DE TABLAS .....	7
ABREVIATURAS .....	10
GLOSARIO .....	11
1. INTRODUCCIÓN .....	20
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	22
3. JUSTIFICACIÓN .....	24
4. OBJETIVOS .....	26
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	26
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	26
5. MARCO TEÓRICO .....	27
5.1 ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES .....	27
5.1.2 <i>Universo</i> .....	29
5.1.3 <i>Población objetivo</i> .....	29
5.1.4 <i>Cobertura y desagregación geográfica</i> .....	29
5.2 GASTO EN SALUD .....	30
5.3 GASTO DE BOLSILLO EN SALUD.....	32

5.4 GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS .....	33
5.5 MODELO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.....	34
5.5.1 Ley 100 de 1993.....	34
5.5.2 Financiación del Sistema de Salud .....	36
5.5.2 Acciones individuales de salud pública .....	37
5.6 NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS .....	38
5.7 MASLOW, NECESIDADES BÁSICAS .....	40
5.7.1 LA JERARQUÍA DE NECESIDADES.....	42
5.8 EQUIDAD EN SALUD.....	44
5.8.1 Las desigualdades en salud .....	45
5.8.2 Diferentes objetivos para la equidad en la salud y en la atención sanitaria.....	46
5.9 LEY ESTATUTARIA DE SALUD 2015 .....	46
5.10.1 Barreras Socio Sanitarias.....	51
5.10.2 Barreras Económicas .....	52
6. METODOLOGÍA.....	56
6.1 TIPO DE ESTUDIO .....	56

6.2 FUENTE DE INFORMACIÓN.....	56
6.3 VARIABLES DEL ESTUDIO .....	56
6.3.1 Gasto de bolsillo en medicamentos.....	56
6.3.2 Régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social.....	56
6.3.3 Barreras de acceso a los medicamentos .....	57
6.3.4 Utilización de servicios de salud .....	57
6.4 ANÁLISIS DE DATOS.....	58
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	59
8. CONCLUSIONES .....	101
9. SUGERENCIAS.....	103
10. BIBLIOGRAFIA .....	104

## LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1 Estructura del Gasto de Bolsillo en Salud.....	32
Gráfica 2. Pirámide de Maslow de la jerarquía de necesidades.....	41
Gráfica 3. Tipo de condiciones del acceso a medicamentos .....	51
Gráfica 4. Distribución porcentual de la población total encuestada del país .....	60
Gráfica 5. Porcentaje de la población total de los hogares por estado de afiliación a algún tipo de entidad de seguridad social en salud según en cada región .....	62
Gráfica 6. Principales razones de la no afiliación de la población encuestada. ....	66
Gráfica 7. Población total de los hogares que se encuentra afiliado al SGSSS por regímenes. ...	69
Gráfica 8. Distribución de Género por regiones .....	74
Gráfica 9. Porcentaje de percepción de estado de salud por regiones de la población encuestada .....	80
Gráfica 10. Población total de los hogares que se consideran pobres según región a la cual pertenecen. ....	83

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Población total de los hogares por estado de afiliación a algún tipo de entidad de seguridad social en salud según en cada región. (Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados) .....	61
Tabla 2. Razones que tuvo la población para la NO afiliación al SGSSS, en todas las regiones. 65	
Tabla 3. Distribución porcentual de afiliación al SGSSS por regímenes.....	68
Tabla 4. Acciones que llevo a cabo cada género para resolver un problema de salud, en las diferentes regiones.....	75
Tabla 5. Presencia de enfermedad o problema de salud para cada género en cada región, en el último periodo.....	77
Tabla 6. Población total de los hogares por estado de salud en general, según región a la cual pertenecen. ....	79
Tabla 7. Población total de los hogares que se consideran pobres según región a la cual pertenecen. ....	80
Tabla 8. Adquisición o realizaron pagos por: formulas médicas o compra de medicamentos consumidos, durante el último periodo? .....	81
Tabla 9. Razones por las cuales un paciente decide no solicitar o no recibir atención médica, en cada región: .....	84

Tabla 10. Principales acciones llevadas a cabo por la población de cada región, para tratar un problema de salud.....	89
Tabla 11. Razón de la NO entrega de los medicamentos prescritos en cada región.....	90
Tabla 12 Respuesta de las regiones acerca de si conocen o no los servicios SGSSS a los que tienen derecho por su afiliación a EPS o ARS. ....	92
Tabla 13. Regiones con distribución porcentual según el estrato socioeconómico al que pertenecen. ....	94
Tabla 14. Porcentaje de la población encuestada que cuenta con alcantarillado y acueducto ....	99



## RESÚMEN

**Objetivo:** Este documento tiene como propósito estimar el gasto de bolsillo en medicamentos a través de la caracterización de la población colombiana en relación con el estrato socioeconómico, género, ingresos y características de la utilización de servicios de Salud, por medio de los datos de la Encuesta Nacional de hogares 2010.

**Metodología:** Se hizo un estudio descriptivo y transversal sobre los datos arrojados por la ENH de 2010 y su inferencia en el gasto de bolsillo en medicamentos.

**Resultados:** De acuerdo a los resultados obtenidos de la ENH de 2010 en promedio el 89.5% de la población nacional se encuentra afiliada al SGSSS, el promedio de hogares no afiliados corresponde al 10.4%. En promedio los hogares colombianos tenían ingresos familiares por \$538.667 valor que se acerca al valor correspondiente al SMLV para ese año. En promedio el 79.3 % de los hogares encuestados se encuentran entre los estratos Bajo-Bajo y Bajo, y estos son los más afectados por el gasto de bolsillo en medicamentos. En cuanto al género, el 20.1% de los hombres no acudieron a resolver sus problemas en instituciones de salud comparativamente al 14.9% de las mujeres, lo anterior indica que los hombres acceden menos a los servicios de salud. Sin embargo las mujeres se ubican en mayor proporción en el gasto de bolsillo en medicamentos que los hombres.

**Conclusiones:** En promedio el 10% de las personas encuestadas a nivel nacional en el 2010 realizaron pagos mediante gasto de bolsillo en medicamentos, la mediana promedio del valor pagado es de \$22.500 y un intervalo de gasto a nivel nacional entre \$15.000 y \$40.000. Las regiones que superan el promedio de no afiliación (10.4%) son Atlántica, Valle del Cauca y Central. Existe un estrecho lazo entre los ingresos familiares y el gasto de bolsillo de medicamentos ya que sea cual sea el monto el gasto representa una mayor carga respecto a su ingreso. El gasto de bolsillo de medicamentos se incrementa en las regiones a medida que aumentan los estratos ya que tienen mayor disponibilidad de pago para medicamentos en comparación con los estratos bajos.

**Palabras Clave:** Gasto de bolsillo, Afiliación, Oportunidad, Medicamentos, Bienestar, Acceso, Inequidad.

## ABREVIATURAS

<b>SIGLA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<b>ARL</b>	ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES
<b>CRES</b>	CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA Y SALUD
<b>DANE</b>	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA
<b>ENH</b>	ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES
<b>EPS</b>	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
<b>ESE</b>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
<b>FOSYGA</b>	FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA
<b>GBS</b>	GASTO DE BOLSILLO EN SALUD
<b>GBM</b>	GASTO DE BOLSILLO EN MEDCAMENTOS
<b>NBI</b>	NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA
<b>OMS</b>	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
<b>OPS</b>	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD
<b>POS</b>	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
<b>PPNA</b>	POBLACION POBRE NO ASEGURADA
<b>SGSSS</b>	SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
<b>SISBEN</b>	SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES
<b>SISMED</b>	SISTEMA DE INFORMACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS
<b>SOAT</b>	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO
<b>UPC</b>	UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN

## GLOSARIO

**Acceso (accesibilidad):** Se define acceso como la mayor o menor facilidad de los usuarios para contactar con el punto de presentación de los servicios de salud. El acceso puede verse afectado por la presencia o ausencia de barreras físicas, económicas y culturales.

1

**Afiliado:** Persona que se inscribe o es inscrita a un sistema de seguridad en salud, público o privado, voluntario u obligatorio. En algunos sistemas de salud se distingue entre afiliados o titulares, quienes tienen primariamente los derechos de cobertura, y beneficiario, que son familiares en primer grado de los anteriores y son cubiertos en tanto el afiliado o titular mantiene su condición de tal. Los beneficiarios no siempre reciben el mismo conjunto de prestaciones que el titular. <sup>1</sup>

**Aseguradores:** Son entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada UPC. Son las EPS y las ARL<sup>2</sup>

**Atención en salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud. <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD, Una Herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. Organización Panamericana de la Salud. Washington 2006.

<sup>2</sup> HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E Glosario, Recuperado de:  
<http://www.esecariatlantico.gov.co/index.php/component/content/article/2-uncategorised/119-glosario>. 2012

**Automedicación:** La Organización Mundial de la Salud define la automedicación como el uso de los medicamentos por parte de las personas con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos puedan identificar. Se refiere fundamentalmente a los medicamentos de venta libre.<sup>55</sup>

**Auto prescripción:** Es la venta directa al paciente de medicamentos regulados como de “Venta Bajo Fórmula Médica” sin la prescripción correspondiente, es decir la autoprescripción es el uso indiscriminado de medicamentos sin indicación ni supervisión facultativa.<sup>3</sup>

**Calidad:** Se define calidad como la percepción de los usuarios de los servicios de recibir asistencia oportuna, eficaz y segura (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida).<sup>1</sup>

**Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.<sup>2</sup>

**Copago:** Pago monetario que hace el afiliado para recibir un servicio (consulta o medicamento). Es una modalidad de financiación de los servicios.<sup>1</sup>

**Complejidad en términos de Salud:**<sup>2</sup>

---

<sup>3</sup> Califano, Jorge E, El financiamiento del sistema de salud Argentino Editorial Dunken, 270 páginas. 2007

**Alta Complejidad:** Instituciones que cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

**Baja Complejidad:** Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

**Mediana Complejidad:** Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

**Cuota Moderadora:** Es un aporte en dinero que debe ser pagado por todos los afiliados (cotizantes y beneficiarios) cuando se asiste al médico general, al especialista, al odontólogo o a consulta con un profesional paramédico. También cuando se reciben medicamentos, al tomarse exámenes de laboratorio o radiografías de tratamientos ambulatorios. Las cuotas

moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso. Su valor varía de acuerdo con el ingreso base de cotización del trabajador dependiente o independiente.<sup>4</sup>

**Equidad:** Favorecer la disminución de las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; En servicios de salud, equivale a recibir atención en función de la necesidad (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera).<sup>5</sup>

**Eficiencia:** Se define como la relación entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados.<sup>1</sup>

**Evento Adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.<sup>2</sup>

Evento Adverso Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento Adverso No Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

---

<sup>4</sup> Pérez, Mariana Acceso económico a la salud FUNDAR Centro de análisis e Investigación , Recuperado de: <http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/accesoeconomico.pdf> 2013

<sup>5</sup> Whitehead Margareth, The concepts and principles of equity and health. OPS Washington, D.C. Diciembre de 1991

**Falla de la Atención en Salud:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.<sup>2</sup>

**Falla de mercado:** Los servicios de salud forman parte de los llamados " mercados imperfectos", dado que presentan una serie de fallas que afectan negativamente el bienestar del consumidor y que derivan en deseconomías limitando seriamente su eficiencia. Se trata pues de un mercado de competencia imperfecta que no logra un equilibrio, o máximo beneficio social, a partir de la simple interacción de las fuerzas del mercado, y cuyos efectos finales no llevan al bienestar de la población.<sup>6</sup>

**Gasto de bolsillo:** Proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, para solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias.<sup>4</sup>

**Hogar:** está constituido por una persona o grupo de personas, parientes o no, que viven (duermen) en la totalidad o en parte de una vivienda y comparten generalmente las comidas.

---

<sup>6</sup> Vassallo. C., Sellanes. M., Freylejer. V., Apunte de Economía de la salud. 2003

También constituyen un hogar las personas que se asocian para vivir bajo el mismo techo, aunque no compartan las comidas.<sup>7</sup>

**Inequidad:** El término inequidad tiene una dimensión moral y ética, se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Así para calificar una situación dada como inequitativa, es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad.<sup>5</sup>

**Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS):** las funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud consiste en prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley 100.<sup>6</sup>

**Jefe o Jefa de Hogar:** Es el residente habitual reconocido como tal por los demás miembros de su hogar.<sup>8</sup>

**Necesidad sentida:** es la percepción subjetiva de la carencia de algo beneficioso para las personas. Las personas perciben que su situación de salud mejoraría con una intervención sanitaria pero esto no significa que la reclamen o la busquen.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud Ministerio de Salud y Protección Social Bogotá D. C., Colombia, 2014

<sup>8</sup> CARTILLA DE CONCEPTOS BÁSICOS E INDICADORES DEMOGRÁFICOS. DANE. Febrero 2007



**Población Vinculada:** Se encuentran bajo la denominación de vinculados o población pobre no asegurada PPNA aquellas personas que no tienen afiliación alguna al Sistema de Salud en alguno de los dos regímenes subsidiado o contributivo, estas personas pueden o no estar identificadas por el SISBEN y su atención médica se realiza a través de contratos de prestación de servicios entre los entes territoriales y las Empresas Sociales del Estado E.S.E. que pueden ser de baja, mediana y alta complejidad. <sup>2</sup>

**Regímenes de Excepción:** Son los definidos por la Ley 100 de 1993: régimen de seguridad social de las fuerzas militares y de la policía, de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas, todos los cuales tiene sus propios regímenes de seguridad social en salud y pensiones que solo participan en el Sistema General mediante aportes de recursos a la subcuenta de solidaridad del Fosyga. <sup>2</sup>

**Seguro Social:** Regímenes nacionales obligatorios, contributivos y no contributivos, normalmente fundamentados en los principios de universalidad y cobertura general contra riesgos de enfermedad, accidentes, vejez, desempleo, y otros. <sup>1</sup>

**Servicios de salud:** Cualquier servicio que pueda contribuir al mejoramiento de la salud, o al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas enfermas los cuales son

---

<sup>9</sup> Orozco J., Berdugo J., Ortiz L., Evaluación de la suficiencia de la red prestadora de servicios de salud en el departamento del Atlántico y distrito de Barranquilla. 2010

entregados ya sea por profesionales de la salud, o por otras personas bajo su supervisión, con el propósito de mantener y/o recuperar la salud.<sup>1</sup>

**Sistema de Salud:** Está compuesto básicamente por tres entes:<sup>2</sup>

1 El Estado: actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son: El Ministerio de la Salud y Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) –liquidada en el año 2012 y sus funciones las asume el Ministerio de Protección- que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.

2 Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las

3 Las Aseguradoras: EPS y ARL

**Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):** sistema mediante el cual se crean las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional. Este plan debe permitir la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y para

prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.<sup>10</sup>

**Violación de la Seguridad de la Atención en Salud:** Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.<sup>2</sup>

---

<sup>10</sup> Recuperado de:  
[https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/calidad\\_vida/Boletin\\_Prensa\\_ECV\\_2013.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Prensa_ECV_2013.pdf)

## 1. INTRODUCCIÓN

Dentro del diagnóstico de la Política Farmacéutica Nacional se estipula que “aunque el medicamento es considerado como el recurso más costo efectivo para el manejo de las patologías y dolencias de una población, el gasto en salud en Colombia, ha mostrado una tendencia al crecimiento que amenaza no solo la estabilidad financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud sino el bolsillo de los hogares”.<sup>11</sup>

El gasto de bolsillo de los hogares tiene elevada importancia porque representa una preocupación acerca de la necesidad de su utilización, que tienen los hogares con respecto a sus ingresos monetarios, estando o no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los hogares colombianos se ven enfrentados a ese gasto posiblemente por varias causas: la no afiliación a alguna entidad de salud o pobre cobertura del mismo, o al desconocimiento del correcto uso de servicios en salud; también a limitantes de tipo geográfico que favorecen el empobrecimiento, enfermedad, etc.<sup>9</sup>

Por ello el estudio y análisis del gasto de bolsillo en salud de los hogares colombianos brinda una herramienta a los formuladores de políticas para identificar problemas en el actual modelo de prestación de los servicios y mejorar en temas como la equidad y total cobertura en todos los servicios de salud.

---

<sup>11</sup> POLÍTICA FARMACÉUTICA NACIONAL Documento Conpes Social 155 Versión aprobada Bogotá D.C., 30 de agosto de 2012

Los estudios encontrados sobre gasto de bolsillo en salud, tanto a nivel de América Latina, como en Colombia muestran resultados respecto al gasto en general, pero cuando se hace referencia al gasto de bolsillo en medicamentos, no existe documentación suficiente que sustente el aporte de este gasto en específico dentro de la población en Colombia.

Son los medicamentos un componente significativo dentro del gasto de bolsillo en salud, y deben ser adquiridos independientemente de su costo, lo que afecta a la población que tenga menores recursos.

En Colombia se han realizado algunos estudios en torno a los gastos de bolsillo en Salud, su incidencia y sus determinantes pero aún quedan algunos aspectos específicos que no se han tratado, como el gasto de bolsillo en medicamentos que dan espacio al presente trabajo.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia, varios estudios reconocen efectos positivos derivados de la cobertura brindada por el aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social, pero al mismo tiempo, se plantea una preocupación sobre la presión que tienen los hogares con respecto a sus ingresos monetarios, y se mantiene la inequidad<sup>12</sup> y consiguientemente un elevado gasto de bolsillo, siendo precisamente el gasto de bolsillo atribuido al consumo de medicamentos un constituyente con una alta participación dentro del gasto de bolsillo en Salud.

El gasto de bolsillo, es definido como aquel realizado con recursos propios de las personas en el momento de acceder a la prestación de los servicios de salud, independientemente de su condición de afiliados o no al sistema, el cual incluye: gastos en copagos, en cuotas moderadoras, gastos por consulta general o especializada, hospitalizaciones, exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas, medicamentos, prótesis, y demás pagos directos relacionados con la atención recibida en salud y son gastos adicionales a la cotización obligatoria.<sup>11</sup> La utilidad del gasto de bolsillo en medicamentos como potencial indicador de equidad dentro del ámbito de la salud radica en su sensibilidad a las variaciones, tanto del grado de cobertura de seguros de salud, como de los ingresos de los hogares.

---

<sup>12</sup> González, P., Gasto de bolsillo en salud oral en un grupo de usuarios del régimen subsidiado. Universidad autónoma de manizales.2012

En efecto, estos gastos a su vez hacen parte de las situaciones que causan tensión en los hogares colombianos<sup>13</sup>, mientras los no afiliados presentan un mayor gasto de bolsillo en medicamentos, en cuanto a porcentaje del gasto total en salud, son contrastados con quienes se encuentran en el régimen contributivo, lo cual es evidencia de inequidad en salud.

Al respecto, es de gran importancia conocer el impacto social vinculado al concepto de equidad desde el acceso a los servicios de salud y al gasto de bolsillo dado por el consumo de medicamentos, los cuales son causa detonante del incremento del gasto de bolsillo, debido a que en la mayoría de hogares se tiene la visión del medicamento como solución a episodios de enfermedad, sin mediar su uso adecuado, y esto sumado a las condiciones actuales de deterioro económico y social por las cuales atraviesa el país forman una gran dificultad para lograr el cumplimiento de la meta mundial acerca de asegurar que la población tenga un acceso eficiente a la salud.<sup>14</sup>

---

13 Acosta, S., Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada. Departamento de Economía Aplicada, 2010.

14 Ase I., Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud colectiva v.5 n.1 Lanús ene. /abr. 2009.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Un breve comparativo de cinco países de América Latina en el año 2012 menciona que el gasto de bolsillo se ha considerado como un indicador de las profundas desigualdades sociales y económicas de países de Latinoamérica<sup>15</sup>, esto se asocia a múltiples aspectos: falta de adhesión a los seguros, insuficientes coberturas en salud, falta de integralidad en los planes de beneficios, entre otros. Para evidenciar ello, la Encuesta Nacional de Hogares permite dimensionar la necesidad de atención según aspectos versátiles como género y edad de la población, su percepción del estado de salud, los reportes de estados de salud agudos o crónicos y si tuvo o no que estar hospitalizado para poder analizar la información proporcionada por las personas en relación a los motivos por los cuales no acuden a la atención médica a pesar de tener una necesidad en salud.<sup>16</sup>

Dentro de dicho entorno, los Químicos Farmacéuticos, profesionalmente tienen importantes cometidos que desempeñar para influir positivamente en la política farmacéutica, la utilización de medicamentos y sus resultados, así como en otros aspectos de la atención sanitaria.<sup>17</sup> Del mismo modo, en la normatividad expedida y que reglamenta el servicio farmacéutico se definen

---

<sup>15</sup> Agudelo Calderón, Carlos Alberto, y otros. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Bogotá: Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública UN, 2003

<sup>16</sup> Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS). Análisis del sector salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. Washington, D.C ISBN 92 75 32509 X

<sup>17</sup> Carlos Alfonso Kerguelén Botero. Calidad en salud en Colombia Los principios. Bogotá: Proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios, 2008.



los estudios de utilización de medicamentos como “aquellas investigaciones que se realizan con el objeto de permitir el análisis de la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, con acento especial en las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes relacionadas con el consumo de los medicamentos”.<sup>18</sup>

A su vez, la Ley 212 precisa al Químico Farmacéutico como aquel con formación universitaria para “ejercer actividades profesionales en las actividades químicas farmacéuticas que inciden en la salud individual y colectiva”.<sup>19</sup>

En consecuencia, como futuras profesionales de la Química Farmacéutica, área de estudio perteneciente al ámbito de las Ciencias de la Salud, se suscita el sentido de responsabilidad social, al igual que la motivación por el servicio a los demás, y su participación activa en la constante búsqueda de soluciones para los problemas que enfrenta un sistema de salud.<sup>20</sup>

Es por eso que el presente Trabajo de Grado crea una forma de evaluación y contribución al manejo de datos arrojados en un campo de salud contando para ello con criterios de análisis de la información arrojada, para lograr contribuir de forma positiva al mejoramiento de la calidad de la salud en Colombia.

---

<sup>18</sup> Decreto 2200 por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2005.

<sup>19</sup> Ley 212 CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Bogotá: Por el cual se reglamenta la profesión de químico farmacéutico, 1995.

<sup>20</sup> Informe de La Reunión de la OMS. El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención a la Salud. Tokio, Japón: Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud, 1993

#### 4. OBJETIVOS

##### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Estimar el gasto de bolsillo en medicamentos y su relación con el ingreso familiar mensual, el género y el estrato socioeconómico por medio de la Encuesta Nacional de hogares

##### 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.2.1 Caracterizar el gasto de bolsillo en medicamentos en Colombia a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2010.

4.2.2 Describir las principales características de utilización de servicios de salud y su inferencia en el gasto de bolsillo asociado al consumo del medicamento.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES

La ENH es una encuesta mediante la cual se solicita información sobre las condiciones de empleo de las personas (si trabajan, en qué trabajan, cuánto ganan, si tienen seguridad social en salud o si están buscando empleo), además de las características generales de la población como sexo, edad, estado civil y nivel educativo, se pregunta sobre sus fuentes de ingresos y sus gastos.<sup>21</sup>

El DANE, desde finales de la década de los 90, implementa la encuesta con el objetivo de obtener información básica para la medición de las condiciones de vida de los colombianos y la obtención de indicadores de pobreza y desigualdad. A la par, sus resultados son utilizados para realizar el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en el país.

#### *5.1.1 Contenido temático de la encuesta*<sup>22</sup>

A continuación, se relacionan las variables más importantes de la operación estadística:

- Vivienda: Tipo de vivienda y características físicas (material de paredes y pisos).

---

<sup>21</sup> Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>

<sup>22</sup> Metodología Gran Encuesta Integrada de Hogares COLECCIÓN DOCUMENTOS - ACTUALIZACIÓN 2009 Núm. 83 Bogotá, D. C., 2009

- Datos del hogar: Conexión a servicios públicos, privados o comunales, valor pagado por consumo y calidad de los mismos, conexión y uso de servicio sanitario, obtención de agua para consumo, lugar y energía para preparar alimentos, eliminación de basuras, tipo de tenencia de la vivienda, tenencia de bienes en el hogar y tenencia de teléfono celular.
- Registro de personas: Identificación del residente habitual.
- Características generales: Sexo, edad, parentesco, estado civil.
- Seguridad social en salud: Cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por regímenes, persona que paga afiliación y cobertura.
- Educación: alfabetismo, asistencia escolar, máximo nivel educativo alcanzado y último año aprobado o que esté cursando y títulos o diplomas obtenidos.
- Fuerza de trabajo: PEA (ocupados y desocupados) y PEI.
- Ocupados:
  - Empleo principal (rama de actividad, ocupación, tipo de contrato, acceso a prestaciones, tiempo trabajado y posición ocupacional).
  - Asalariados (medios de búsqueda, remuneración mensual, horas extras, pagos en especie, subsidios, primas y bonificaciones).
  - Independientes (formas de trabajo, registro mercantil, contabilidad, ganancia u honorarios netos).
  - Asalariados e independientes (duración del empleo, horas normales y efectivas trabajadas, honorarios, tamaño de la empresa, sitio de trabajo, Afiliación a pensiones, caja de compensación familiar y ARP, duración entre empleo anterior y actual).

- Empleo secundario (horas trabajadas, posición ocupacional, remuneración mensual, tamaño de la empresa y sitio de trabajo)
- Empleo con insuficiencias de horas y situaciones de empleo inadecuado (por competencias e ingresos).

#### *5.1.2 Universo*

El universo para la Encuesta Integrada de Hogares está conformado por la población civil no institucional, residente en todo el territorio nacional.

#### *5.1.3 Población objetivo*

Corresponde a la población civil no institucional residente en todo el territorio nacional; se excluyen los nuevos departamentos, denominados Territorios Nacionales antes de la Constitución de 1991, en los cuales reside aproximadamente el 4% de la población total. Esta población se encuentra dispersa en casi la mitad de la superficie del país.

#### *5.1.4 Cobertura y desagregación geográfica*

Tiene cobertura nacional que permite obtener resultados por zona urbana y rural, cinco grandes regiones: Región Atlántica, Región Oriental, Región Central, Región Pacífica y Región Bogotá, 4 pequeñas regiones: Antioquia, Orinoquia - Amazonía, San Andrés y Providencia, total por departamentos: 23 departamentos, las 13 grandes ciudades con sus áreas metropolitanas y 11 ciudades intermedias.

La ENH proporciona información del país a nivel, regional, departamental, y para cada una de las capitales de los departamentos y consta de una serie de capítulos y módulos, siendo uno de ellos el capítulo de Seguridad Social en Salud, el cual indaga varios aspectos como cobertura del Sistema de Seguridad Social, déficit alimentario de los miembros del hogar, condiciones de salud de los miembros del hogar, utilización de servicios médicos y gasto efectuado, enfermedades crónicas y limitaciones permanentes.<sup>23</sup>

## 5.2 GASTO EN SALUD

El gasto en salud es definido como la suma del gasto público y privado en salud, es el rubro monetario derivado de todas las actividades realizadas por instituciones o personas a través de la aplicación del conocimiento médico, paramédico y/o de enfermería y la tecnología con el propósito principal de promover, restaurar o mantener la salud, incluyendo cualquier tipo de inversión comprometida de forma directa o indirecta con la consecución de objetivos genéricos del bienestar o la calidad de vida relacionada con la salud de la población, cabe aclarar que el gasto en salud excluye el valor de suministros de agua, y de servicios sanitarios.

Según sea su financiación, el gasto en salud se divide en dos categorías:

- Gasto Público en Salud
- Gasto Privado en Salud

---

<sup>23</sup> Recuperado de: [http://formularios.dane.gov.co/Anda\\_4\\_1/index.php/catalog/188](http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/188)

El Banco Mundial define el gasto público en salud como aquel que comprende el gasto recurrente y de capital proveniente de los presupuestos públicos (central y locales), el endeudamiento externo y las donaciones (incluidas las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales) y los fondos de seguro de salud sociales u obligatorios.<sup>24</sup> Conjuntamente, el gasto público comprende la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia.

El indicador básico con su concepto es:

Indicador: “gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud”

Concepto: se define como la relación porcentual que existe entre el gasto público en salud y el gasto total en salud público y privado en un país, territorio o área geográfica en un año determinado.<sup>25</sup> Este indicador establece la importancia referente a la inversión que realiza el gobierno en salud, con relación a todo en el gasto en salud de un país, territorio o área geográfica.

Por su parte, el gasto privado se compone de los seguros privados en salud (medicina prepagada, otros seguros voluntarios y el seguro Obligatorio de Tránsito – SOAT) y de los gastos de bolsillo en salud que corresponden a los pagos directos realizados por los hogares en cuanto a bienes y servicios del sector salud.<sup>9</sup>

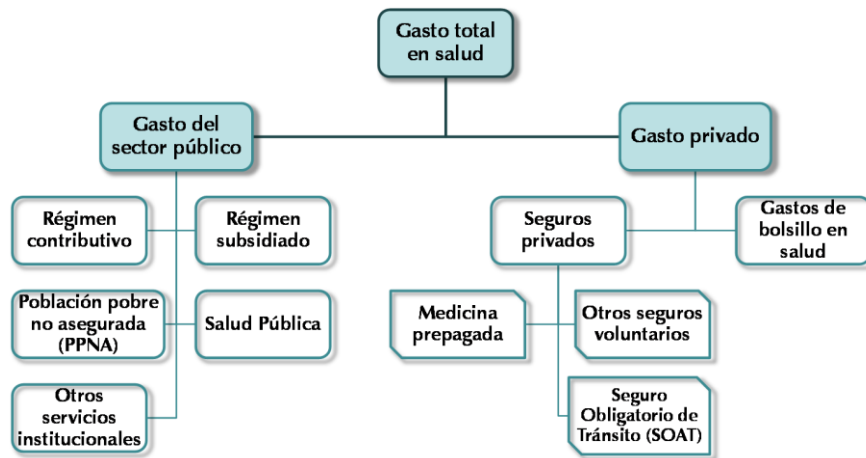
---

<sup>24</sup> Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL/countries>

<sup>25</sup> Definición de Indicadores, Observatorio de la salud, Julio de 2015

Un esquema que permite visualizar el gasto en Salud con sus categorías y componentes es el

Gráfica 1 Estructura del Gasto de Bolsillo en Salud



Fuente: Pérez G., Silva A., Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia.

### 5.3 GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

El gasto de bolsillo corresponde a una parte del gasto privado en salud. El gasto de bolsillo lo define el Ministerio del ramo como el realizado con recursos propios de las personas, en el momento de acceder a la prestación de los servicios de salud, independientemente de su condición de afiliados o no al sistema.

En consecuencia, dicho gasto incluye copagos, cuotas moderadoras, gastos por consulta general o especializada, hospitalizaciones, exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas, medicamentos (la parte no cubierta por el sistema), prótesis, y demás pagos directos relacionados con la atención recibida en salud.



Los gastos desembolsados por el paciente son cualquier erogación directa por parte de los hogares, incluidos las gratificaciones y los pagos en especie a los médicos y proveedores de fármacos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios destinados principalmente a contribuir a la restauración o a la mejora del estado de salud de individuos o grupos de población.<sup>26</sup>

En otras palabras: es cualquier egreso destinado a salud que haga una persona, adicional a la cotización obligatoria.

#### 5.4 GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS

Dentro del gasto de bolsillo en Salud está presente de forma destacada el gasto en medicamentos, el cual define como el pago directo por fármacos, medicamentos y productos botánicos usados para fines de salud, prescritos o no, incluyendo los medicamentos que sean de venta libre,<sup>27</sup> y todos aquellos gastos en medicamentos sea de tipo homeopática, alternativa u otros deben incluirse en el cálculo de los gastos de bolsillo en medicamentos.

El gasto de bolsillo en medicamentos al cual se enfrenta los hogares colombianos puede tener su origen en la no afiliación a alguna entidad de salud o pobre cobertura del mismo, así como habitualmente sucede en los servicios donde los medicamentos no son entregados cuando son requeridos sino días después. Para el tratamiento de las diferentes patologías es fundamental que

---

<sup>26</sup> Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL/countries>

<sup>27</sup> Recuperado de: [http://apps.who.int/nha/glossary/glossary\\_spanish.pdf](http://apps.who.int/nha/glossary/glossary_spanish.pdf)

el paciente reciba a tiempo sus medicamentos, así también minimiza el gasto de bolsillo de los usuarios del sistema, quienes se ven obligados a comprarlos debido a las demoras en la entrega.

## 5.5 MODELO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

### 5.5.1 Ley 100 de 1993<sup>28</sup>

En la Ley 100 de 1993 se creó el nuevo Sistema de Seguridad Social SGSSS en Colombia, con el cual cambió el sistema de prestación de los servicios que se tenía hasta ese momento; la transición fue de un modelo básicamente público con el que se financiaba la oferta (hospitales), a uno basado en el aseguramiento y en el cual se financia directamente la demanda (asegurado).

En el nuevo Sistema de Seguridad Social SGSSS empezó la participación de diferentes agentes privados: entidades promotoras de salud (EPS) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS, hoy EPS-S) y los responsables de realizar la provisión de los servicios de salud, hospitales y centros de salud (IPS), contratados directamente por las EPS y EPS-S. Este nuevo esquema debía tener cierta regulación para asegurar una mayor eficiencia en la asignación de recursos y mejor calidad en los servicios prestados.

Antes de la Ley 100 en Colombia el sistema se caracterizaba por la baja cobertura, que alcanzaba cerca del 31% de la población para 1991. Fue así como la ley 100 de 1993, modificada

---

<sup>28</sup> Baron G., Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional de salud y su financiamiento. Ministerio de Protección Social, PARS. Departamento nacional de planeación. Bogotá D.C. 2007

parcialmente por la Ley 1122 de 2007, definió la afiliación al SGSSS a través de los dos regímenes actuales.

En esta ley se estableció la meta de cobertura universal en salud, comprometiendo a los distintos niveles de gobierno, responsabilidades en la afiliación y financiación del aseguramiento de la población pobre al régimen subsidiado. Con los recursos públicos proporcionados por el estado y los entes territoriales, junto con los entregados por el régimen contributivo a través de los puntos de solidaridad, se constituiría una bolsa para financiar adecuadamente el gasto nacional en salud. Colombia es un país con una cobertura de seguridad en salud relativamente extendida según lo indica la Tabla 1 en donde se muestra que casi un 90% de los encuestados están afiliados, son cotizantes o beneficiarios de alguna entidad de seguridad en Salud, más del 50% de esta población se encuentra en el área rural del país.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, se divide en dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. El régimen contributivo afilia a los trabajadores asalariados, pensionados y trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, se financia mediante cotizaciones de sus afiliados. El régimen subsidiado cubre a todas las personas sin capacidad de pago, se financia mediante un subsidio proveniente del régimen contributivo más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales.

Existen regímenes especiales que cubren a las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia es de carácter obligatorio y se hace mediante las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ya sean públicas o privadas las cuales ofrecen planes de servicios como el Plan Obligatorio de Salud (POS). El sector privado ofrece seguros privados a la población de mayores recursos quienes asisten a consulta privada pero también parte de la población de medianos ingresos, acude a la consulta privada que les genera gastos de bolsillo, generalmente debido a deficiencias del sistema.<sup>29</sup>

#### *5.5.2 Financiación del Sistema de Salud*

La financiación del sistema incluye el pago de cotizaciones por la población con ingresos y capacidad de pago, principalmente concentrando a la población de la economía formal, en el régimen contributivo. El régimen subsidiado afilia a la población identificada mediante la aplicación del SISBEN por focalización, clasificada en los niveles 1 y 2, y a la identificada mediante listados censales. Se financia mediante aportes de solidaridad de los cotizantes contributivos, recursos de las cajas de compensación familiar, el Sistema General de Participaciones de las entidades territoriales creado por la Ley 715 de 2001 y recursos de los entes territoriales procedentes de rentas cedidas o impuestos a las loterías, licores y rifas y juegos.

---

<sup>29</sup> Castro CE. Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América latina. Colombia: Fescol; 2012. P. 21

La administración de los recursos está centralizada principalmente en el Fondo de Solidaridad y Garantía, cuenta fiduciaria administrada por la Dirección Financiera del Ministerio de la Protección Social. La administración de los seguros está delegada en las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y en las del Régimen Subsidiado, que pueden ser públicas o privadas. El Sistema reconoce como “prima” de aseguramiento la denominada UPC que en el régimen contributivo toma en cuenta edad, sexo y sitio de residencia de la población afiliada mientras que en el régimen subsidiado es única y equivale al 66% de la del régimen contributivo. El plan de beneficios del Régimen Contributivo incluye actividades, procedimientos e intervenciones definidos por el Acuerdo 08 de la CRES para eventos que requieran atención en los diferentes niveles de complejidad y medicamentos según lista definida por la misma Comisión.

El POS del Régimen Subsidiado es inferior e incluye actividades, procedimientos e intervenciones de nivel básico de atención, alto costo y en el nivel de mediana complejidad está limitado a cirugías abdominales, oftalmología y optometría para menores de 20 y mayores de 60 años y atención ambulatoria de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.<sup>30</sup>

#### *5.5.2 Acciones individuales de salud pública*

El SGSSS estableció por norma que las EPS tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado tienen la obligación de realizar un conjunto de acciones individuales de

---

<sup>30</sup> IV Foro: El Sistema de Salud en Colombia. Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud, Proceso de Diseño del Plan Estratégico de Desarrollo 2011

salud pública, dentro de los límites establecidos por el POS. Estas incluyen actividades de promoción de la salud (ej. consulta niño sano), de prevención de la enfermedad (ej. tamizaje cáncer cuello uterino) e intervenciones para el manejo de enfermedades consideradas de interés en salud pública por tener externalidades y por consiguiente un potencial impacto en la salud colectiva, tales como enfermedades infecciosas (ej. Tuberculosis) y transmitidas por vectores (malaria) y enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad (ej. Hipertensión arterial).

En la evaluación realizada por el Ministerio de la Protección Social en 2006 mostró que las EPS no cumplían en más del 10% con las metas establecidas en actividades de Prevención y Promoción. Estas acciones individuales también deben ser ejercidas por los entes territoriales para las poblaciones no aseguradas, y para ello cuentan con los recursos procedentes del Sistema General de Participaciones.<sup>31</sup>

## 5.6 NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

Existen 2 enfoques básicos empleados para la identificación práctica de la pobreza, los cuales son:

- Método indirecto
- Método directo

---

<sup>31</sup> IV Foro: El Sistema de Salud en Colombia. Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud, Proceso de Diseño del Plan Estratégico de Desarrollo 2011

El método indirecto es el Método del Ingreso o de la Línea de Pobreza; el método directo es el Método de la Necesidades Básicas Insatisfechas.

Ambos suponen una definición de la pobreza, de sus causas y del tipo de políticas que se consideran más adecuadas para combatirlas.

El método directo, NBI define a los pobres como aquellas personas que tienen carencias, privaciones o necesidades básicas insatisfechas, sobre todo en materia de servicios públicos: vivienda, agua, drenaje, educación. Considera que la pobreza es producto de la desigualdad en el consumo, en el acceso de los servicios públicos, etc.

Este método utiliza como base informativa a los Censos y a la Encuesta Permanente de Hogares. Parte de seleccionar las necesidades que se consideran básicas y luego fijar los umbrales mínimos de satisfacción en términos de mercancías. Serán pobres los hogares o individuos que no disponen o consumen todos o una combinación de los bienes y servicios. Se selecciona un conjunto de necesidades que se consideran básicas para la vida en sociedad. Entre ellas se cuentan necesidades habitacionales, educacionales y ocupacionales y para medir estas necesidades se construyen una serie de indicadores, como por ejemplo: hacinamiento (hogares con más de tres personas por cuarto); vivienda (hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente: pieza de inquilinato, vivienda precaria, etc.); condiciones sanitarias (hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete); asistencia escolar (hogares que tuvieran algún niño en edad escolar que no asista a la escuela); capacidad de subsistencia (hogares que tuvieran una tasa de dependencia económica de tres inactivos por miembro ocupado y jefe con nivel educativo bajo).

Se consideran hogares con NBI a aquellos que reúnen al menos una de estas condiciones. Esto se debe a que, al considerar básicas todas las necesidades deben ser cumplidas simultáneamente.

La metodología de NBI busca determinar, con ayuda de algunos indicadores simples, si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas. Los grupos que no alcancen un umbral mínimo fijado, son clasificados como pobres. Los indicadores simples seleccionados, son: Viviendas inadecuadas, Viviendas con hacinamiento crítico, Viviendas con servicios inadecuados, Viviendas con alta dependencia económica, Viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela.<sup>32</sup>

## 5.7 MASLOW, NECESIDADES BÁSICAS

Una herramienta de la psicología perteneciente a la corriente humanista, es la Pirámide de necesidades de Maslow. Abraham Maslow es un psicólogo estadounidense que baso su trabajo en el estudio de la capacidad del hombre de auto realizar sus metas y objetivos, mediante la aplicación de herramientas genéricas y en algunos casos hasta obvias como por ejemplo el respirar y alimentarse en la que todas las vertientes conducen a la jerarquización de las necesidades propias y directas del ser humano.

El esquema tradicional de Maslow se representa por excelencia en una pirámide que enumera un conjunto de necesidades humanas, desde aquellas más necesarias hacia las de más alto grado espiritual.

---

<sup>32</sup> Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/calidad-vida/necesidades-basicas-insatisfechas>



Estas necesidades se satisfacen en la medida que la persona supera las más básicas, por lo que su percepción de calidad de vida estará influida por el rango de necesidades y aspiraciones que alcance en un momento determinado. De este modo, los valores y necesidades establecidas para evaluar la calidad de vida son relativas al conjunto de aspiraciones individuales, sociales, y las necesarias para satisfacer las necesidades del individuo, que en algunos casos sólo estarán supeditadas a la satisfacción de las necesidades básicas.



Gráfica 2. Pirámide de Maslow de la jerarquía de necesidades

### 5.7.1 LA JERARQUÍA DE NECESIDADES <sup>33</sup>

5.7.1.1 NECESIDADES FISIOLÓGICAS: estas necesidades constituyen la primera prioridad del individuo y se encuentran relacionadas con su supervivencia. Dentro de éstas se encuentran, entre otras, necesidades como la homeóstasis (esfuerzo del organismo por mantener un estado normal y constante de riego sanguíneo), la alimentación, el saciar la sed, el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada, también se encuentran necesidades de otro tipo como el sexo, la maternidad o las actividades completas.

5.7.1.2 NECESIDADES DE SEGURIDAD: con su satisfacción se busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad. Dentro de estas se encuentran la necesidad de estabilidad, la de tener orden y la de tener protección, entre otras. Estas necesidades se relacionan con el temor de los individuos a perder el control de su vida y están íntimamente ligadas al miedo, miedo a lo desconocido, a la anarquía.

5.7.1.2 NECESIDADES SOCIALES: una vez satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad, la motivación se da por las necesidades sociales. Estas tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él, entre otras.

---

<sup>33</sup> Principios Administrativos MASLOW, ABRAHAM (1908–1970) LA TEORÍA DE NECESIDADES República Bolivariana de Venezuela Universidad Rafael Urdaneta Cátedra

5.7.1.3 NECESIDADES DE RECONOCIMIENTO O ESTIGMA: también conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo.

5.7.1.4 NECESIDADES DE AUTO SUPERACIÓN: también conocidas como de autorrealización, que se convierten en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.

Maslow llegó a diversas conclusiones acerca de la naturaleza humana, que incluían estas ideas básicas:<sup>34</sup>

- Los seres humanos tienden innatamente hacia niveles superiores de salud, creatividad y autosatisfacción.
- La neurosis se puede considerar como un bloqueo de la tendencia hacia la autorrealización.
- La evolución de la sociedad sinérgica es un proceso natural y esencial. Esta es una sociedad donde 'todos' los individuos pueden alcanzar un alto nivel de autodesarrollo, sin limitar la libertad del otro.
- La eficacia del trabajo y el crecimiento personal no son incompatibles. De hecho, la autorrealización conduce a niveles mayores de eficiencia.

---

<sup>34</sup> Recuperado de: <http://www.eumed.net/cursecon/economistas/Maslow.htm/>

Observó que el comportamiento de las personas es diferente cuando disfrutan de un estado de salud positiva que cuando están en deficiencia, y llamó a este enfoque 'psicología del ser': la gente autorealizada está motivada por valores del ser que se desarrollan naturalmente sin imposición de la cultura.

## 5.8 EQUIDAD EN SALUD

Existen diferentes aristas que construyen la definición de equidad, la constitución de la organización mundial de la salud, asevera dentro de uno de sus principios básicos, que: "los más altos estándares de salud deben estar dentro alcance de todos, sin distinción de raza, religión, ideología política, económica o condición social".<sup>35</sup>

Por ello, la equidad en salud implica que idealmente todos pudieran alcanzar su pleno potencial de salud y que nadie debe estar en desventaja de alcanzar este potencial debido a su posición social o a otra circunstancia determinada socialmente.

Los esfuerzos para promover la equidad social en salud se dirigen a la creación de oportunidades y la eliminación de barreras para lograr el potencial para la salud de *todas las personas*. Se trata de la distribución justa de los recursos necesarios para la salud, justo el acceso a las oportunidades y la equidad en el apoyo ofrecido a la gente en caso de enfermedad.

---

<sup>35</sup> Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006 CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Recuperado de: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

El resultado de estos esfuerzos sería una reducción gradual de todas las diferencias sistemáticas en salud entre los diferentes grupos socioeconómicos.

### *5.8.1 Las desigualdades en salud*

Las desigualdades en salud son “diferencias injustas y evitables del estado de salud en los países y entre ellos”. Las desigualdades en salud son sistemáticas, suelen afectar a determinados grupos y se dan en todo el gradiente social. Las personas más vulnerables tienen mínimo acceso, no solo a los servicios de salud, sino también a los recursos para gozar de buena salud.<sup>36</sup>

El concepto «desigualdades en salud» alude al impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población los factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Eliminación de las desigualdades en salud Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, 2011

<sup>37</sup> Health inequities advocacy report Eliminación de las desigualdades en salud Cada mujer y cada niña/niño cuentan Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, 2011

### 5.8.2 Diferentes objetivos para la equidad en la salud y en la atención sanitaria

Los objetivos de la equidad en la salud y la equidad en la atención de salud son diferentes. Con equidad en la salud, el objetivo final sería la eliminación de todas las diferencias en los sistemas de salud; el objetivo final de la equidad en la atención de la salud, sin embargo, sería el de asemejarse los servicios al nivel de necesidad, eliminándolas diferencias en el acceso y uso de servicios entre los diferentes grupos socioeconómicos, favoreciendo a los grupos más desfavorecidos o de mayor necesidad.<sup>38</sup>

### 5.9 LEY ESTATUTARIA DE SALUD 2015

Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 del 2015 fue aprobada en febrero de 2015 y es considerada como la Ley que partiría en dos, la historia de la salud en Colombia, y que a su vez acabaría con los llamados paseos de la muerte y del mismo modo acabaría con la solicitud de autorizaciones para acceder a los servicios de salud.

Se trae a colación las siguientes definiciones presentes en la Ley 1751:<sup>39</sup>

- *Sistema de Salud*: Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias procedimientos; facultades, obligaciones, derechos

---

<sup>38</sup> Margaret Whitehead, Göran Dahlgren Concepts and principles for tackling social inequities in health Centro Colaborador Política de Investigación sobre Determinantes Sociales de la Salud, Universidad de Liverpool

<sup>39</sup> LEY ESTATUTARIA No.1751 aprobada en Febrero de 2015

y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud

- Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.
- Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección
- Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones

Se menciona dentro de ésta Ley que el Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social, estará a cargo de regular los precios de los medicamentos a nivel nacional para los principios activos. Dichos precios se determinarán con base en comparaciones internacionales y no podrán superar el precio internacional de referencia de acuerdo con la metodología que defina el Gobierno Nacional.

El texto de la Ley Estatutaria de Salud plantea un cambio profundo en el régimen de beneficios. De acuerdo con el documento, el listado que conformaba el Plan Obligatorio de Salud (POS), que especificaba de manera rotunda los medicamentos, procedimientos e insumos a los que los afiliados tenían acceso, lo cual queda abolido para dar paso a unos beneficios basados en un régimen de exclusión.

Es decir, que los afiliados al sistema de salud en Colombia, tendrán derecho a todo lo que los médicos les ordenen, excepto a algunos elementos que, de manera clara, quedan por fuera del régimen.

Estas son las exclusiones: (Artículo 15)

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente
- e) Que se encuentren en fase de experimentación
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Las exclusiones que quedarían consolidados en 4 grupos deferentes<sup>40</sup> así:

1. Lo cosmético y lo suntuario

Todos los elementos considerados cosméticos, es decir, procedimientos y cirugías estéticas, insumos y medicamentos para mejorar condiciones que no están definidas como enfermedad, y

---

<sup>40</sup> Recuperado de: <http://www.urnadecristal.gov.co/gestion-gobierno/respuestas-reforma-salud-colombia>



que en nada contribuyen al bienestar específico de la persona, quedan por fuera del sistema. Aquellos procedimientos de reconstrucción, remodelación funcional, que formen parte del tratamiento de enfermedades sí quedan incluidos. Por ejemplo, la reconstrucción del seno después de una mastectomía o los arreglos funcionales y estéticos en procesos traumáticos como quemaduras.

## 2. Lo experimental

El sistema de salud no pagará tratamientos experimentales. Esto quiere decir que si los pacientes entran a formar parte de estudios, protocolos de investigación o de complementos académicos para probar la efectividad de medicamentos, procedimientos, o procesos sanitarios, de cualquier índole; los gastos en lo que se incurra deberán ser cubiertos por el titular de la investigación y no con recursos públicos.

## 3. Lo que no tenga evidencia científica

Todos aquellos elementos que no estén soportados de manera técnica o científica, avalados por las sociedades científicas o la academia, no podrán ser cubiertos por el sistema. Se respeta de manera concreta los tratamientos provenientes de las comunidades indígenas y de conocimiento ancestral, siempre y cuando sean aplicados a integrantes de estas comunidades.

## 4. Los tratamientos en el exterior que puedan ser brindados en el país

Todo procedimiento que tenga un referente de aplicación en Colombia o que tenga alternativas que produzcan desenlaces similares a los ofrecidos en el exterior no será cubierto con dineros públicos del sistema de salud. Esto queda claro para la comunidad médica científica

con el fin de evitar que ofertas de carácter comercial que se hacen desde el exterior, se maticen o se modifiquen con el objeto de hacerlas aparecer como distintas. Ese tema también será objeto de regulación por parte del Ministerio de Salud con el concurso de los pares científicos.

## MEDICAMENTOS PARA LA POBLACIÓN

El nuevo modelo de Salud que está proponiendo el Gobierno Nacional, contempla Mi-Plan: es un plan de beneficios integral que incluirá todas las patologías.

Así se garantizará mayor cobertura, calidad y continuidad en los servicios de salud, y además, no será necesario recurrir a la tutela, ni a comités técnico-científicos para exigir que se presten los servicios.

Con Mi-Plan se ampliará el potencial de medicamentos y será actualizado de manera permanente a los que los ciudadanos pueden acceder, de manera que las personas no tendrán la necesidad de utilizar trámites adicionales para recibir tratamientos y medicamentos.

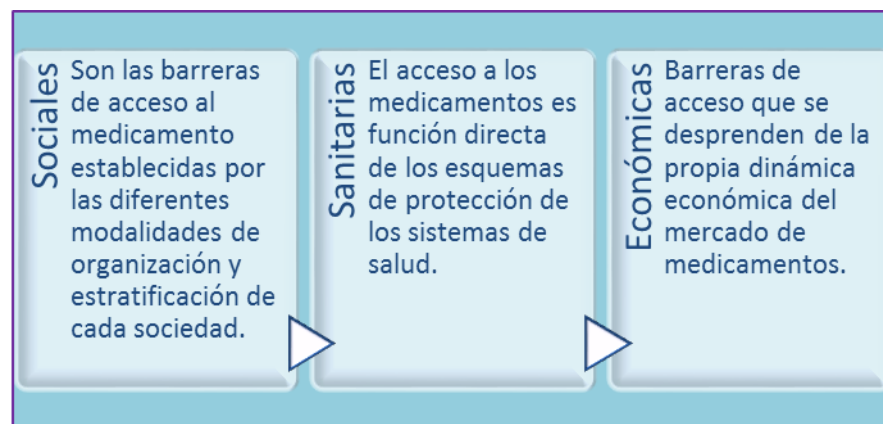
Para que los recursos de la salud alcancen para financiar Mi-Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social hará un control estricto sobre los precios de los medicamentos, aplicando la Política Farmacéutica Nacional.

### 5.10 ACCESO A LOS MEDICAMENTOS

Los medicamentos tienen elevada importancia en la mejora y aún en la prevención de muchas enfermedades. El tratamiento farmacológico es un eje crucial para el manejo de la enfermedad y en ocasiones, la única importante. Durante los últimos años la dificultad para adquirir los

medicamentos se ha constituido en la principal barrera de acceso a los cuidados médicos. La posibilidad o no de obtener un medicamento cuando se lo necesita es el aspecto en el que se registran mayores brechas e inequidades entre ricos y pobres.

De acuerdo con la Gráfica 3, las condicionantes del acceso a los medicamentos se pueden clasificar en tres grandes grupos.



Gráfica 3. Tipo de condiciones del acceso a medicamentos Elaboración: Propia

Fuente: Acceso de los medicamentos en la Argentina, diagnóstico y alternativas

### 5.10.1 Barreras Socio Sanitarias <sup>41</sup>

Desde una perspectiva social y sanitaria se pueden formular tres hipótesis respecto al acceso a medicamentos:

---

<sup>41</sup> Acceso a los Medicamentos en Argentina: Diagnóstico y alternativas Federico Tobar\* SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA Mayo 2002

- a) Hay personas que directamente no acceden a los servicios básicos de salud.
- b) Hay quienes acceden a los servicios de salud pero cuando les prescriben no acceden a los medicamentos para concretar su tratamiento.
- c) El impacto de la falta de acceso es muy superior en los más pobres no solo porque se enfrentan con barreras mayores sino también porque registran necesidades sanitarias superiores.

#### 5.10.2 Barreras Económicas <sup>42</sup>

El problema económico del acceso a los medicamentos ha sido definido como compuesto por dos grandes dimensiones. La primera deriva del alto precio de los medicamentos y su impacto sobre los presupuestos familiares. La segunda es función de los sistemas de financiamiento imperantes en los diferentes sistemas de salud. Ambos factores han sido los principales objetivos atacados en la formulación de políticas para mejorar el acceso a los medicamentos en todo el mundo.

##### a) Precios

El mercado de medicamentos es imperfecto registrándose una gran dispersión de precios entre oferentes de un mismo medicamento. Los precios de los medicamentos no dependen exclusivamente de los costos directos de producción, que suelen ser el componente de menor

---

<sup>42</sup> Acceso a los Medicamentos en Argentina: Diagnóstico y alternativas Federico Tobar\* SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA Mayo 2002

peso en el precio final. Tampoco guardan relación directa con los costos de investigación científica de los laboratorios productores, que pueden llegar a ser muy elevados para ciertos medicamentos y generalmente se recuperan con sus primeros años de comercialización, pero que son muy bajos para la mayoría de las nuevas aplicaciones farmacéuticas. Los precios finales de los medicamentos están compuestos por su precio de fábrica y el margen de comercialización, así: Precio de fábrica, que incluye:

- Los gastos de investigación, producción y empaque (que en muchos medicamentos son menores al 5% del precio de venta).
- La ganancia de los laboratorios productores (que depende de su poder de mercado).
- Los gastos de promoción comercial (publicidad, estímulos y comisiones, programas de visitantes médicos, financiamiento de eventos profesionales y recreativos, etc.) Gastos de comercialización, que incluyen:
  - Los costos de operación de los intermediarios (mayoristas y minoristas)
  - La ganancia de quienes realizan la intermediación.

#### b) Financiación de los medicamentos

Las modalidades de financiamiento pueden agruparse en tres:

- Compra directa por parte del paciente a través del desembolso directo,
- Pago compartido
- Suministro gratuito

El pago directo es la modalidad que involucra mayores barreras de acceso al medicamento y la más regresiva. Se ha argumentado que es una opción inequitativa y perjudicial. Inequitativa porque discrimina contra los más vulnerables: los pobres y los enfermos que requieren medicamentos de alto precio. Perjudicial, porque da pie a la postergación de tratamientos y al uso de sustitutos inadecuados, cuyas consecuencias pueden aumentar los costos del sistema de salud y, en todo caso, reducen el bienestar de las personas.

El pago compartido (también llamado copago o cofinanciación) es el mecanismo mediante el cual el sistema paga una parte del precio y el usuario la otra. Tiene como base el reconocimiento de la conveniencia de que el sistema de salud financie el suministro de medicamentos pero prevé que el usuario participe en el pago por dos razones:

- a) para que contribuya al financiamiento del sistema (copago)
- b) para que el pago sirva como moderador del consumo, es decir, que desestime el consumo innecesario actuando como cuota moderadora.

Las desventajas del esquema de copago consisten en que la parte que cada persona debe desembolsar no es proporcional a sus ingresos sino a su condición de enfermedad y al precio de los medicamentos. Es decir, se trata de un mecanismo que discrimina en contra de los más pobres y de los más enfermos. Por este motivo, la mayoría de los seguros de salud establece niveles diferentes de cofinanciación para las enfermedades más caras, como tumores y SIDA ó aumenta la cobertura para los recién nacidos. Además en algunos países los niveles de copago se establecen de forma inversamente proporcional al ingreso del beneficiario. Por otro lado, se ha

verificado que en los seguros de salud los copagos en medicamentos tienden a cargar la mayor parte de la financiación sobre los beneficiarios aliviando el peso a las entidades aseguradoras. Esto se debe a que los proveedores acuerdan descuentos con los aseguradores sobre la parte de financiación que les corresponde a estos últimos, pero estos descuentos no benefician a los asegurados que usan los medicamentos. Por ejemplo, cuando un asegurador de salud negocia con un proveedor un descuento del 40% en los medicamentos suministrados a los usuarios y a estos se les cobra la mitad del precio de venta al público, en realidad se les está exigiendo pagar el 83% del precio de medicamento.

El suministro gratuito de medicamentos por parte de los sistemas de salud constituye la modalidad de financiación que permite el acceso más amplio y equitativo. En especial cuando el suministro es focalizado sobre la población más necesitada. Su implantación exige mecanismos transparentes de negociación entre el sistema de salud y los oferentes de medicamentos.

Exige, además, tres conjuntos de medidas regulatorias:

- Uso de listas positivas y negativas, o listas de medicamentos esenciales para garantizar adquisiciones con criterios de costo-efectividad;
- Protocolos de prescripción y tratamiento, para evitar el abuso en la formulación y propender al uso racional,
- Establecimiento de controles e incentivos para evitar desvíos y desperdicios en el sistema de manejo de inventarios y distribución al público

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo descriptivo y transversal.

### 6.2 FUENTE DE INFORMACIÓN

La información está basada en la Encuesta Nacional de Hogares del año 2010 en Colombia.

### 6.3 VARIABLES DEL ESTUDIO

Se tendrán en cuenta aquellas variables asociadas al gasto monetario de los hogares para la adquisición de medicamentos, definidas así:

#### *6.3.1 Gasto de bolsillo en medicamentos*

- a. Resolución de episodios de enfermedad por parte del hogar.
- b. Consultas de los miembros del hogar por servicio de medicina general
- c. Visitas a un promotor de salud.
- d. Solicitud de ayuda de: boticario, farmaceuta, droguista, tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona.
- e. Acogencia a terapias alternativas, a remedio caseros o a la automedicación

#### *6.3.2 Régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud*

- a. Régimen contributivo (EPS)



- b. Régimen subsidiado (EPS-S, ARS)
- c. Especial (Fuerzas armadas, Ecopetrol, universidades públicas)
- d. No sabe, o no informa.

### *6.3.3 Barreras de acceso a los medicamentos*

#### A. Acceso a los servicios de salud

- a. Barreras geográficas:
- b. Barreras culturales
- c. Barreras de cobertura y legales
- d. Barreras económicas

#### B. Acceso al tratamiento

#### C. Barreras económicas de acceso al medicamento

- a. Precios
- b. Financiación

### *6.3.4 Utilización de servicios de salud*

- a. Tipo: aseguradora, hospital, nivel de atención
- b. Sitio: urgencia, consulta externa, laboratorio

c. Pronóstico: preventivo, curativo, revisión

d. Intervalo de tiempo: frecuencia, continuidad

#### 6.4 ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizará estadística descriptiva, mediante el uso del paquete estadístico SPSS® versión 22

ACLARACIÓN: Se aclara que la Unificación del POS no estaba hecha para el año 2010, fecha de realización de la encuesta, fuente objeto del presente trabajo. La unificación total del POS significa que a partir del 1 de julio de 2012, los afiliados al Régimen Subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los afiliados al Régimen Contributivo y cuentan con el mismo Plan Obligatorio de Salud

## 7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de resultados se hizo con base al porcentaje de cobertura de población encuestada total por regiones que, de acuerdo a la metodología de la ENH realizada por el DANE tiene diferentes niveles de clasificación geográfica en la medida que se va aumentando el tamaño de muestra.<sup>43</sup>

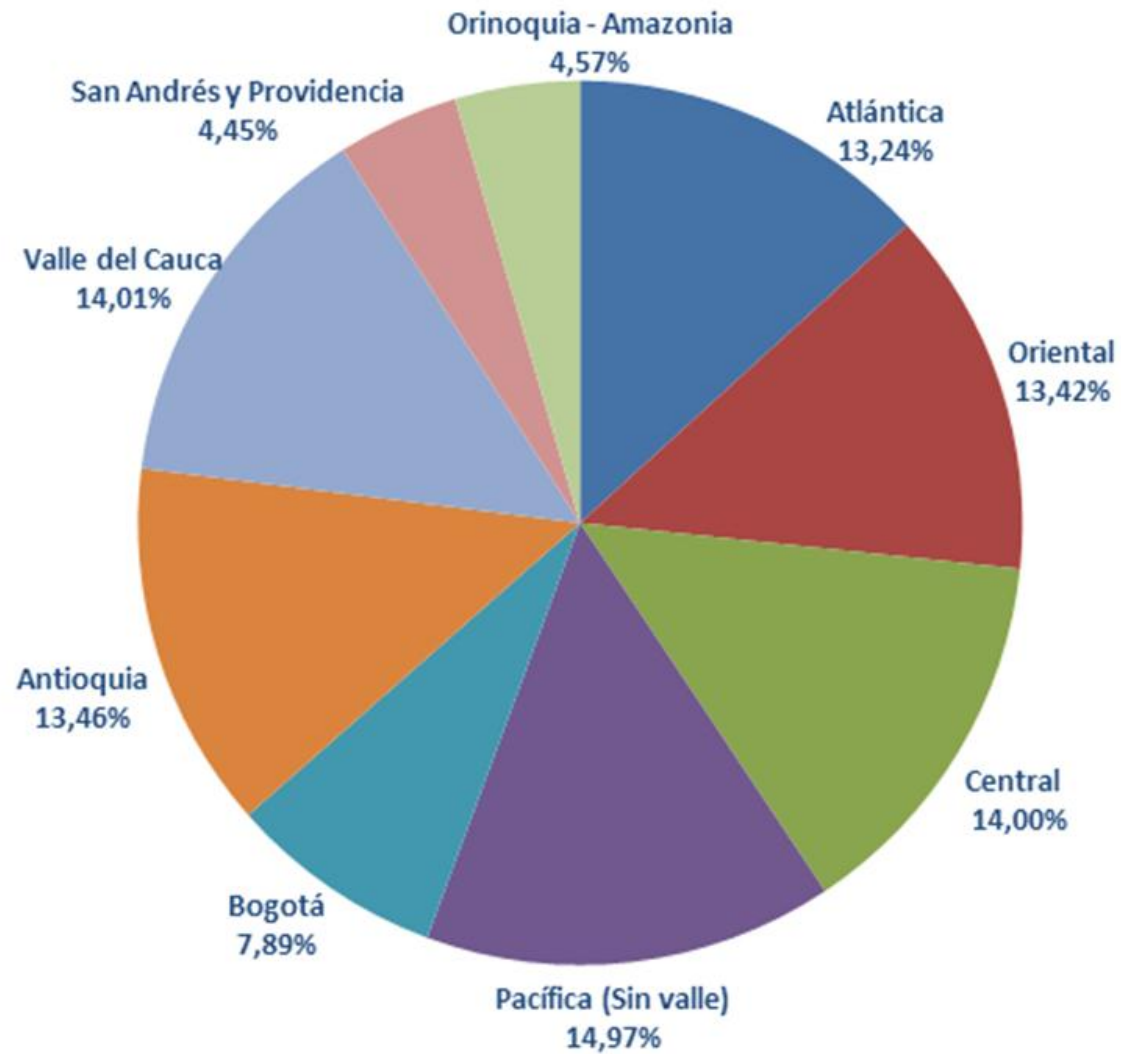
Muestra total nacional: 14.801 Hogares

- ✓ Región Atlántica: 1.959 Hogares
- ✓ Región Oriental: 1.986 Hogares
- ✓ Región Central: 2.072 Hogares
- ✓ Región Pacífica: 2.215 Hogares
- ✓ Región Bogotá: 1.168 Hogares
- ✓ Región Antioquia: 1.992 Hogares
- ✓ Región Valle del Cauca: 2.073 Hogares
- ✓ Región San Andrés y Providencia: 659 Hogares
- ✓ Región Orinoquía – Amazonia : 677 Hogares

---

<sup>43</sup> DANE, (2009). Metodología gran encuesta integrada de hogares. Colección documentos. Número 83

Gráfica 4. Distribución porcentual de la población total encuestada del país



## Cobertura y afiliación al SGSSS

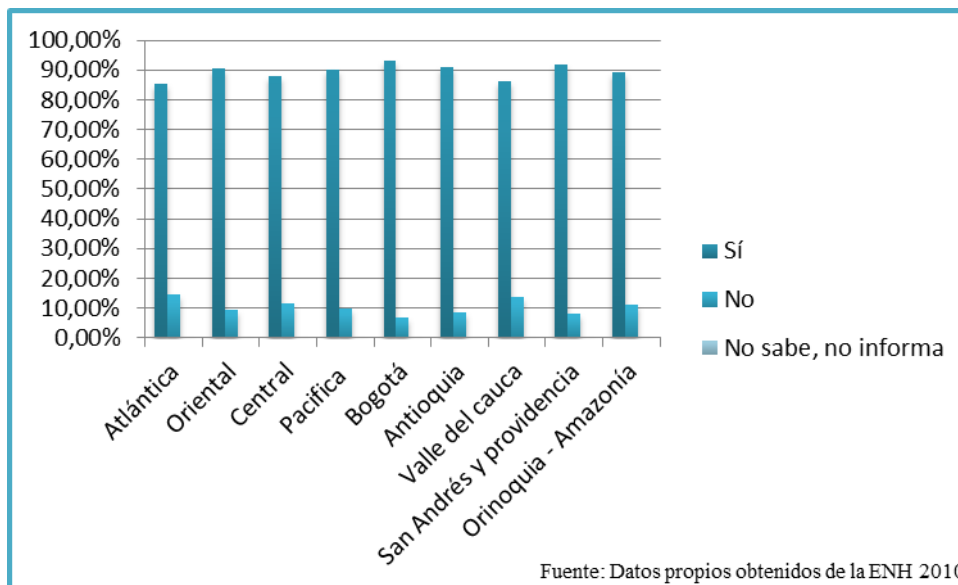
Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares de 2010 en promedio, el 89.5% de la población colombiana está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los resultados de la Tabla 1, la población no afiliada representa un elevado promedio de 10.4%, de quienes se sospecha que no se afilian porque simplemente no tiene los ingresos suficientes para hacer un pago, cualquiera sea su monto, lo que resulta alarmante porque al no contar con ningún tipo de afiliación los coloca en una situación de vulnerabilidad e incapacidad a la hora de demandar servicios médicos, lo que implica que en un evento de salud infortunado deben correr con todos los gastos en salud. La población de las regiones Atlántica, Valle del Cauca, Central y Orinoquía – Amazonía superan el promedio señalado de 10.4%, en cuanto a la no afiliación.

Tabla 1. Población total de los hogares por estado de afiliación a algún tipo de entidad de seguridad social en salud según en cada región. (Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

Región/ Variable	Si	No	No sabe, no informa	Distribución porcentual de la población total encuestada del país
<b>Atlántica</b>	85,30%	14,60%	0,10%	13,24% (1.959)
<b>Oriental</b>	90,50%	9,50%	0,00%	13,42% (1.986)
<b>Central</b>	88,10%	11,70%	0,20%	14,00% (2.072)
<b>Pacífica (sin valle)</b>	90,20%	9,70%	0,10%	14,97% (2.215)
<b>Bogotá</b>	93,00%	6,70%	0,30%	7,89% (1.168)
<b>Antioquia</b>	91,00%	8,70%	0,40%	13,46% (1.992)
<b>Valle del cauca</b>	86,20%	13,70%	0,10%	14,01% (2.073)
<b>San Andrés y providencia</b>	91,90%	8,00%	0,10%	4,45% (659)
<b>Orinoquia - Amazonía</b>	89,10%	10,90%	0,00%	4,57% (677)

Para interpretar los resultados de la tabla 1 y determinar la cantidad de hogares por cada región que respondieron *Si*, *No* o *No sabe* a la variable, se debe multiplicar el porcentaje de la casilla de respuesta por la cantidad de hogares encuestados por cada región y luego dividirlo por cien, por ejemplo, en la región Atlántica el 85.3% respondió que estaban afiliados a algún tipo de entidad de seguridad social, se multiplica este valor por 1.959 que es la cantidad de hogares encuestados en esta región, el valor obtenido se divide por cien. El resultado es 1.672 hogares de la región Atlántica respondió estar afiliado.

Gráfica 5. Porcentaje de la población total de los hogares por estado de afiliación a algún tipo de entidad de seguridad social en salud según en cada región



La afiliación, conforme con el Ministerio de la Protección Social, es de carácter universal y está así establecido por el artículo 153 de la ley 100 de 1993, y señala que son dos tipos de

obligaciones las que tiene consigo la afiliación, y son: por una parte, la obligación de todo empleador de afiliar a sus trabajadores al Sistema, y por otra parte, la obligación del Estado de facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.<sup>44</sup> De acuerdo con esto, puede decirse que existe un vínculo entre la realización de la afiliación y la condición laboral del jefe del hogar.

La afiliación al sistema de salud, presenta algunas fuentes de fallas de mercado como por ejemplo la selección adversa, la selección adversa se trata de un fenómeno (derivado de la información asimétrica)<sup>45</sup>, el cual surge en el mercado de servicios médicos cuando los individuos eligen, de acuerdo con su probabilidad esperada de uso puesto que las personas afiliadas pueden tener una percepción de mayores problemas de salud que las personas no afiliadas, sin embargo, esta selección adversa también puede afectar a la población no afiliada y se puede asociar a condiciones de pobreza. Otra fuente de fallas de mercado que se presenta dentro del SGSSS entendido como un mercado de oferta y demanda de servicios de salud, es la evidente la asimetría de la información, entre el sistema y los hogares.

La asimetría de información puede ser parte de la causa de la no afiliación al SGSSS, que deja en evidencia el desconocimiento de las consecuencias que tiene consigo el hecho de no afiliarse, y los beneficios que trae la afiliación, independientemente de las razones que se tengan para no

---

<sup>44</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Afiliación, pago y recaudo de aportes al Sistema general de seguridad social en salud Ministerio de la Protección Social 2008

<sup>45</sup> Vásquez J El problema de selección adversa en el seguro de salud colombiano. 2006 Pg. 73

tener afiliación al sistema, sumado a la incertidumbre de pasar por una situación desfavorable, por ejemplo, una enfermedad, generaría un gasto de bolsillo en medicamentos debido a que en los hogares es difícil predecir el consumo en salud, como se planea el consumo de alimentos.<sup>46</sup>

Se observa en la tabla 1 que las regiones Atlántica, Valle del Cauca, Central y Orinoquía presentan porcentajes elevados en la No afiliación al SGSSS y precisamente son las regiones en donde también se evidencia mayor gasto de bolsillo en medicamentos. Las características del sistema pueden influir en la decisión de la no afiliación de los hogares que posiblemente tienen capacidad de pago para una afiliación, es decir, las personas terminan evadiendo la afiliación al Régimen Contributivo obligatorio sin tener en cuenta el riesgo de enfermar ya sea por la edad o por algún estado de salud vulnerable. Si una persona evade una afiliación o si se afilia pero evade la cotización tendrá que pagar los costos médicos y/o medicamentos de su bolsillo.<sup>44</sup>

La encuesta arroja también resultados con respecto a que existen posibles causas de la no afiliación, representadas en la Tabla 2, la cual refleja que en más de la mitad de las regiones la razón principal de la no afiliación, es por falta de dinero, aunque ello se asocia a aquellas personas que aspiran a afiliarse dentro régimen contributivo y/o que han estado anteriormente vinculado a él, o que se encuentran temporalmente en situación de desempleo o que por alguna causa de índole económica se vea impedido a pagar el 12.5% de sus ingresos como cotización al SGSSS.

---

<sup>46</sup> Castañeda C.; Fonseca M; Núñez J.; Ramírez J.; Zapata J. La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano:



La decisión de una persona de afiliarse al régimen contributivo está directa y positivamente correlacionada con su percepción de la probabilidad de necesitar atención médica en el futuro. Es decir, mientras más elevada sea la percepción de enfermedad futura, más propensa será una persona a obtener cobertura médica con un asegurador.<sup>47</sup>

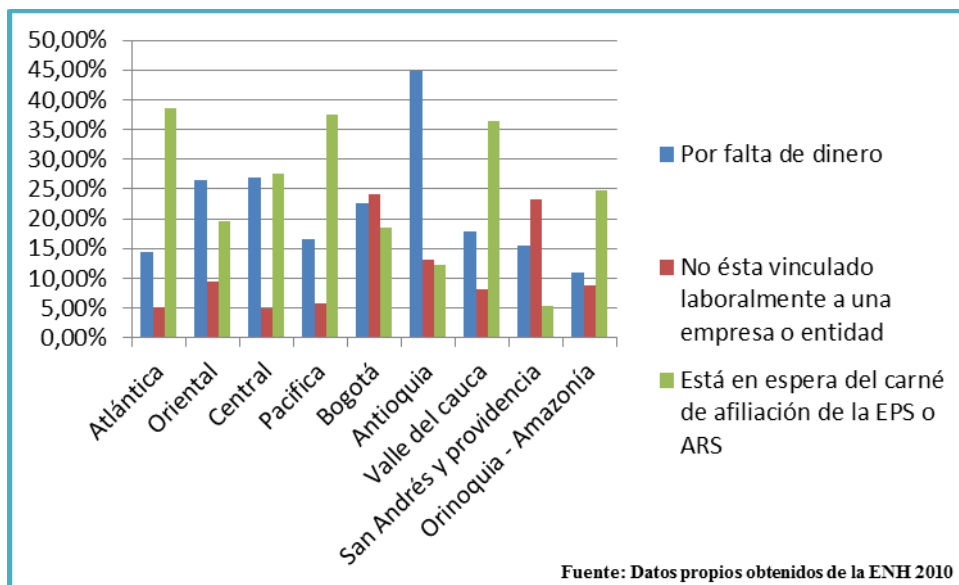
Tabla 2. Razones que tuvo la población para la NO afiliación al SGSSS, en todas las regiones.  
(Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

Variable / Región	Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Bogotá	Antioquia	Valle del cauca	San Andrés y providencia	Orinoquia - Amazonía
<b>Por falta de dinero</b>	14,5%	26,5%	27,0%	16,6%	22,6%	44,8%	17,9%	15,5%	11,0%
<b>Muchos trámites</b>	19,1%	15,4%	14,9%	16,3%	3,3%	11,9%	12,3%	14,3%	21,7%
<b>No le interesa o descuido</b>	10,0%	11,9%	11,4%	13,8%	14,4%	7,7%	9,6%	20,8%	15,7%
<b>No sabe que debe afiliarse</b>	1,4%	1,5%	2,1%	1,9%	1,5%	1,4%	2,3%	0,0%	3,1%
<b>No ésta vinculado laboralmente a una empresa o entidad</b>	5,0%	9,4%	4,9%	5,8%	24,1%	13,1%	8,1%	23,2%	8,7%
<b>Está en espera del carné de afiliación de la EPS o ARS</b>	38,5%	19,5%	27,6%	37,6%	18,5%	12,3%	36,4%	5,4%	24,8%
<b>No hay entidad cercana</b>	1,8%	1,2%	0,8%	1,1%	0,0%	2,0%	2,7%	0,0%	0,0%
<b>Otra razón, ¿cuál?</b>	9,6%	14,6%	11,2%	6,7%	15,6%	6,8%	10,8%	20,8%	15,0%
<b>Distribución porcentual de la población total encuestada del país</b>	13,24% (1.959)	13,42% (1.986)	14,0% (2.072)	14,97% (2.215)	7,89% (1.168)	13,46% (1.992)	14,01% (2.073)	4,45% (659)	4,57% (677)

<sup>47</sup> MINSALUD Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Bogotá 2014

Para interpretar los resultados de la tabla 2 y determinar la cantidad de hogares por cada región que dieron respuesta a las variables, se debe multiplicar el porcentaje de la casilla de respuesta por la cantidad de hogares encuestados por cada región y luego dividirlo por cien, por ejemplo, en la región Atlántica el 14.5% respondió que no se afiliaban al SGSSS por *Falta de dinero*, se multiplica este valor por 1.959 que es la cantidad de hogares encuestados en esta región, el valor obtenido se divide por cien. El resultado es 284 hogares de la región Atlántica respondió no estar afiliado por falta de dinero.

Gráfica 6. Principales razones de la no afiliación de la población encuestada.



Aquellas personas que por distintas razones no tengan afiliación alguna al Sistema de Salud en alguno de los dos regímenes subsidiado o contributivo, están bajo la denominación: vinculados, y corresponden a población pobre no asegurada (PPNA), estas personas pueden o no estar reconocidas por el SISBEN y tienen como beneficio que su atención médica se realiza a

través de contratos de prestación de servicios entre los entes territoriales y las E.S.E. que pueden ser de baja, mediana y alta complejidad.<sup>48</sup>

Por otra parte, la región Bogotá y la región San Andrés, presentan la más alta no afiliación, por el motivo de no contar con vinculación laboral a una empresa o entidad, en la cual el empleador aportará el 8.5% y el empleado el 4% del salario base,<sup>49</sup> que corresponde al tipo el cotización que se hace a través de vinculación laboral, caso contrario que si realiza una cotización independiente, en el cual el cotizante afiliado al Régimen Contributivo aportará el 12.5% sobre ingreso base de cotización. De la población no afiliada, un 12.81% en promedio no le interesa o por descuido no ha efectuado la afiliación al sistema, lo cual ratifica la asimetría de información en dicho sentido.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares de 2010 de la población afiliada, la mediana del porcentaje de la población colombiana está afiliada al Régimen de Seguridad Social Subsidiado 63.8%, en segundo lugar la afiliación a Régimen Contributivo es de 33.2%, en tercer lugar la afiliación es en el Régimen Especial con un 3.0% y por último un 0.6% de los encuestados respondieron que no sabían o no informaron, como se detalla en la tabla 3.

Para interpretar los resultados de la tabla 3 sobre la distribución porcentual de afiliación al SGSSS por regímenes de hogares por cada región, se debe multiplicar el porcentaje de la casilla

---

<sup>48</sup> Borrero J.; Gómez Luis Estudio de Caso: “La Salud Pública en Colombia (1990-2013) Una Aproximación Temática” Universidad Del Valle, 2013

<sup>49</sup> MINSALUD Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Bogotá 2014

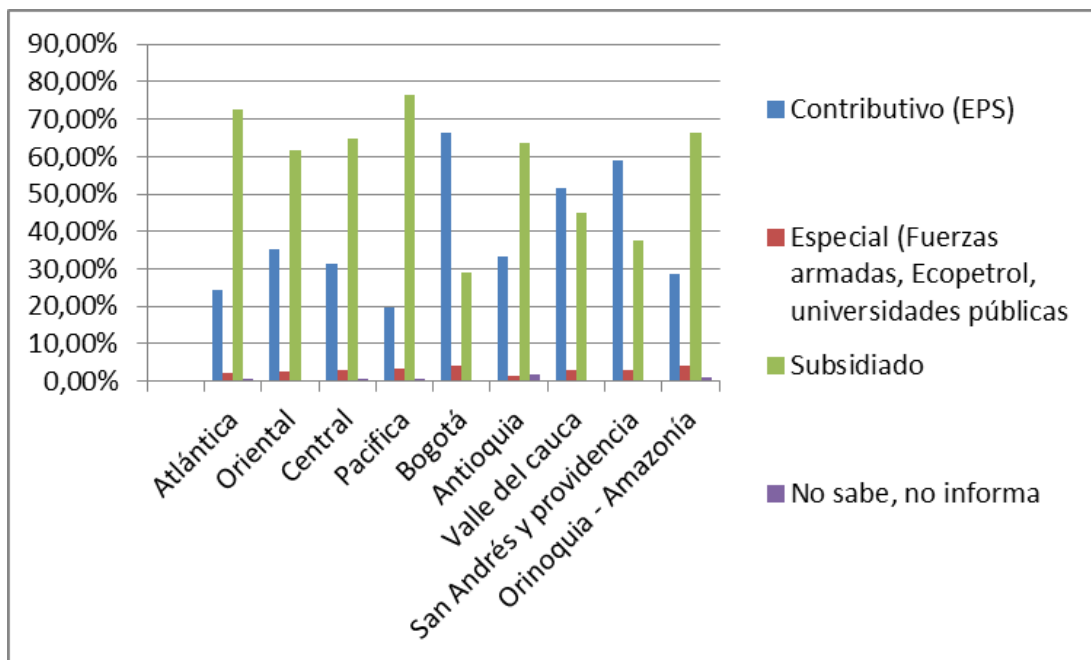
de respuesta por la cantidad de hogares encuestados por cada región y luego dividirlo por cien, por ejemplo, en la región Atlántica el 72,7% respondió estar afiliados al régimen Subsidiado (EPS-S, ARS), se multiplica este valor por 1.959 que es la cantidad de hogares encuestados en esta región, el valor obtenido se divide por cien. El resultado es 1.424 hogares de la región Atlántica respondió estar afiliado al régimen Subsidiado (EPS-S, ARS).

Tabla 3. Distribución porcentual de afiliación al SGSSS por regímenes.  
(Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

Región / Variable	Contributivo (EPS)	Especial (Fuerzas armadas, Ecopetrol, universidades públicas)	Subsidiado (EPS-S, ARS)	No sabe, no informa	Distribución porcentual de la población total encuestada del país
<b>Atlántica</b>	24,40%	2,30%	72,70%	0,60%	13,24% (1.959)
<b>Oriental</b>	35,20%	2,70%	61,80%	0,40%	13,42% (1.986)
<b>Central</b>	31,30%	3,00%	64,90%	0,70%	14,00% (2.072)
<b>Pacífica</b>	19,50%	3,30%	76,60%	0,60%	14,97% (2.215)
<b>Bogotá</b>	66,40%	4,20%	29,00%	0,40%	7,89% (1.168)
<b>Antioquia</b>	33,20%	1,30%	63,80%	1,70%	13,46% (1.992)
<b>Valle del cauca</b>	51,60%	3,10%	45,00%	0,30%	14,01% (2.073)
<b>San Andrés y providencia</b>	59,10%	3,00%	37,50%	0,40%	4,45% (659)
<b>Orinoquia - Amazonía</b>	28,60%	4,20%	66,30%	0,90%	4,57% (677)

La expectativa de los resultados que se genera es que quienes están cubiertos en el SGSSS, tendrían una mayor probabilidad de acceder a los servicios en salud, que aquellas personas que no están cubiertas; y a su vez entre los asegurados, los pertenecientes al régimen contributivo pueden tener más probabilidad de acceso que los del subsidiado, debido a que el costo de oportunidad para los del contributivo de no utilizar los servicios médicos es más alto; teniendo en cuenta que el costo de oportunidad en economía de la salud precisa el valor de la mejor alternativa que se deshecha al tomar una decisión.<sup>50</sup>

Gráfica 7. Población total de los hogares que se encuentra afiliado al SGSSS por regímenes.



<sup>50</sup> VALLY ALBERTO, La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad. Revista Cubana De Medicina 2001

El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.<sup>43</sup>

De acuerdo con la Ley son beneficiarios del Régimen Subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, clasificada en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo sustituya, siempre y cuando no estén afiliados en el Régimen Contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción. También lo son la población clasificada en el nivel III del SISBEN, en los términos de la Ley.

Los Regímenes especiales:<sup>46</sup>

El sistema integrado de Seguridad Social no aplica a los Regímenes Especiales, es decir las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas, según lo contemplado en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 que trata de las excepciones dentro del Sistema General de Seguridad Social Integral.

Fuerzas Militares y Policía Nacional: El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional fue creado y definido en el Decreto 1795 de 2000 del Ministerio de Defensa Nacional como un conjunto interrelacionado de instituciones, organismos, dependencias, afiliados, beneficiarios, recursos, políticas, principios, fundamentos, planes, programas y procesos debidamente articulados y armonizados entre sí, para el cumplimiento de la misión, cual es prestar el servicio público esencial en salud a sus afiliados y beneficiarios. El Sistema se

financia con los aportes de la Nación y por las cotizaciones sobre los ingresos de los miembros activos, retirados y jubilados de las Fuerzas Armadas

Universidades: De igual manera en el capítulo VI de la Ley 30 de 1992 del Congreso de Colombia y bajo el principio de autonomía universitaria, las universidades estatales u oficiales definieron su propia seguridad social en salud para atender a sus maestros, empleados y trabajadores, a sus pensionados y jubilados, así como los familiares beneficiados por estos sistemas. Los servicios de Salud de las Universidades Estatales cuentan con sedes de prestación directa en consulta general y algunas especialidades, contratando con terceros la prestación de servicios más complejos.

Magisterio: Los trabajadores del ministerio cuentan con el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG) creado por el Congreso Nacional de Colombia en la Ley 91 de 1989 como cuenta especial de la Nación sin personería jurídica administrada por una fiducia estatal o de economía mixta a cargo del Ministerio de Educación. Este fondo se encarga de pagar las prestaciones sociales de los afiliados, garantizar la prestación de los servicios médicos y velar por los recursos que la Nación debe aportar. El FOMAG contrata por medio de una licitación de dos años de plazo y uno opcional de prórroga para cada una de las regiones en las cuales divide el territorio nacional garantizando un plan integral de servicios, exceptuando cirugías estéticas, procedimientos fuera del país, tratamientos de ortodoncia y prótesis dentales.

Ecopetrol: Ecopetrol cuenta con uno de los mejores sistemas de salud para sus trabajadores y pensionados y de mayor gasto per cápita dentro de los regímenes especiales Se creó bajo el Reglamento de Servicios de Salud, que es expedido por la Unidad de Servicios de Salud de

Ecopetrol. El servicio de salud de Ecopetrol funciona tanto a manera de EPS como de IPS, cobra cuotas moderadoras para los servicios de urgencias y medicina general, cuenta con auxilios de transporte y de estadía en caso que un paciente requiera moverse de su sitio de trabajo o residencia por un procedimiento.

**Régimen Contributivo:** Al régimen contributivo se afilian los trabajadores formales de empresas privadas, empleados públicos, pensionados, jubilados, trabajadores independientes con capacidad de pago y sus respectivos beneficiarios. Las EPS recaudan estos aportes a la cotización por parte del empleador y el empleado, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). A el empleador le corresponde el pago del 12.5% del ingreso base de cotización y al empleado le corresponde el 4.5%. Adicional a esto las EPS reciben una cuota mensual por cada miembro del grupo familiar del cotizante, lo que constituye una prima de seguro (UPC) que depende de los grupos etareos, ubicación y disensión geográfica. Cabe anotar que la prestación de servicios de salud es independiente a los ingresos del afiliado, respondiendo a un principio de equidad dentro del régimen contributivo.

### **Género y su influencia en el GBM**

La condición de sexo hace referencia a las características biológicas que diferencian a hombres y mujeres, dadas estas diferencias se cimenta un significado social: el género, basado en



la división según el sexo, de los roles y el poder, entonces, el género se convierte en uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social.<sup>51</sup>

Según los resultados de ENH es el género femenino el que más consume servicios de salud, pero esto no quiere decir que se tenga algún tipo de privilegio social a favor de las mujeres en este aspecto, contrario a esto, las posibles causas pueden ser diferentes tipos de necesidades en atención, diferente manera de percibir su estado de salud o síntomas de alguna enfermedad propia del género.

Para la descripción de las características de utilización de los servicios de salud y su inferencia en el gasto de bolsillo en medicamentos relacionado con el género se consideró el acceso y se tuvo en cuenta a los que respondieron positivamente a la pregunta “¿si en los últimos 30 días tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o cualquier otro problema que no haya implicado hospitalización?”, como se observa en la Tabla 5. Y se asumió como acceso a todas aquellas personas hombre o mujer que respondieron que “Para tratar este problema de salud que hizo principalmente”, que acudieron a médico, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta, promotor de salud, enfermera o institución de salud y fueron considerados como no acceso a los que reportaron que acudieron a boticario, farmaceuta, droguista, tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona, asistió a terapias alternativas, uso remedios caseros, se auto recetó o hizo nada.

---

<sup>51</sup> Guarnizo C., Agudelo C., Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Rev. salud pública. 10 sup (1): 44-57, 2008.

De acuerdo con la tabla 5, la población colombiana que ha tenido una necesidad sentida en salud, es decir, dijo tener algún problema de salud en los últimos treinta días fue en promedio el 9.6% hombres y 12% las mujeres, las regiones que superan este promedio son la región Atlántico con un promedio de 11.8% para los hombres y un 14.1% para las mujeres, Valle del Cauca con un promedio de 11.1% para los hombres y 13.8% para las mujeres, y Bogotá con un 9.9% para los hombres y 11.1% para las mujeres, estas regiones son las que según los resultados de la ENH son aquellas con mayor gasto de bolsillo en medicamentos. En general, en promedio el 79.9% de los hombres y el 85.1% de las mujeres encuestadas acudieron y tuvieron acceso al SGSSS para dar solución a su problema de salud, el promedio restante se considera no tuvieron acceso debido a que acudieron a otros servicios (boticario, farmaceuta, droguista, tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona).

Gráfica 8. Distribución de Género por regiones

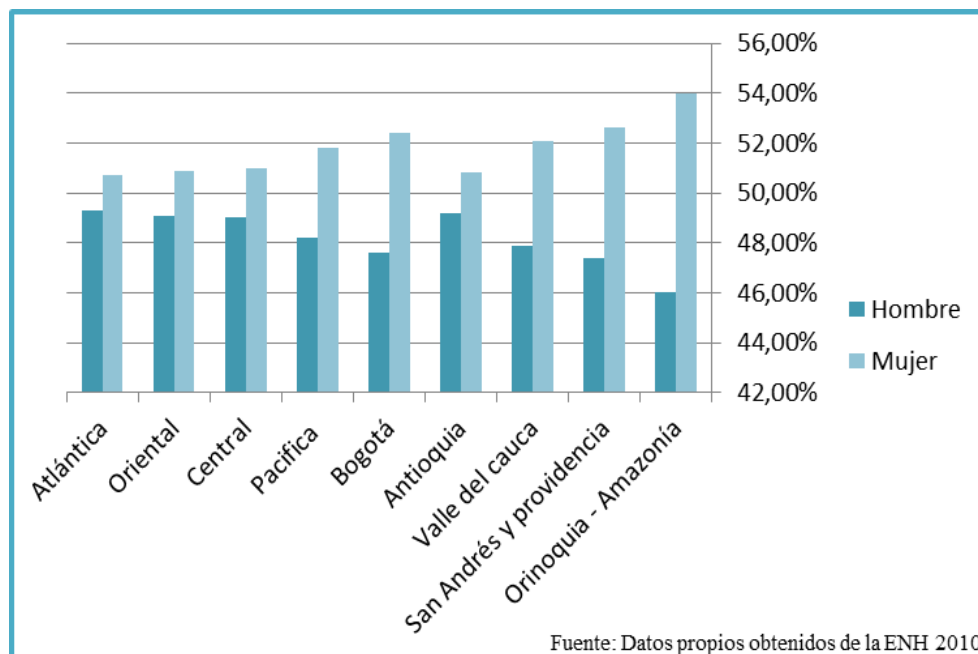


Tabla 4. Acciones que llevo a cabo cada género para resolver un problema de salud, en las diferentes regiones  
(Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

Región	Género	Para tratar ese problema de salud, ¿que hizo principalmente?								Distribución porcentual de la población total encuestada del país
		Acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta	Acudió a un promotor de salud o enfermero(a)	Acudió a un boticario, farmacéuta, droguista	Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona	Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias floral)	Uso remedios caseros	Se auto receto	Nada	
Atlántica	Hombre (996)	71,9%	0,0%	4,6%	0,4%	0,0%	6,5%	14,3%	2,3%	13,24% (1.959)
	Mujer (993)	77,1%	0,7%	2,9%	0,7%	0,0%	6,3%	10,5%	1,9%	
Oriental	Hombre (975)	70,8%	0,3%	7,9%	0,3%	0,3%	7,5%	11,9%	0,9%	13,42% (1.986)
	Mujer (1011)	74,3%	0,7%	3,7%	0,2%	0,2%	7,9%	11,4%	1,5%	
Central	Hombre (1015)	66,7%	0,9%	7,4%	0,3%	0,6%	12,1%	9,4%	2,7%	14,00% (2.072)
	Mujer (1057)	79,2%	0,4%	2,5%	0,4%	0,6%	5,5%	8,4%	2,9%	
Pacífica	Hombre (1068)	69,8%	1,4%	4,0%	0,3%	0,3%	15,8%	5,5%	2,9%	14,97% (2.215)
	Mujer (1147)	75,9%	0,4%	3,6%	1,1%	0,0%	10,0%	6,4%	2,6%	
Bogotá	Hombre (556)	69,7%	2,1%	4,3%	0,0%	0,0%	14,4%	6,4%	3,2%	7,89% (1.168)
	Mujer (612)	78,0%	0,9%	4,3%	0,4%	0,0%	7,8%	5,2%	3,4%	
Antioquia	Hombre (980)	76,7%	1,9%	2,3%	0,0%	0,4%	5,8%	8,9%	3,9%	13,46% (1.992)
	Mujer (1012)	83,1%	0,6%	2,3%	0,0%	0,3%	7,9%	4,7%	1,2%	
Valle del cauca	Hombre (993)	83,9%	0,8%	3,7%	0,3%	0,0%	4,5%	4,2%	2,6%	14,01% (2.073)
	Mujer (1080)	91,6%	0,8%	2,2%	0,2%	0,2%	2,9%	1,8%	0,4%	
San Andrés y providencia	Hombre (312)	76,9%	0,0%	9,9%	0,0%	0,0%	3,3%	8,8%	1,1%	4,45% (659)
	Mujer (347)	87,1%	0,0%	5,2%	0,0%	0,0%	4,3%	2,6%	0,9%	
Orinoquia - Amazonía	Hombre (311)	81,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	10,0%	4,0%	4,57% (677)
	Mujer (366)	85,5%	0,6%	1,7%	0,0%	0,0%	5,2%	5,8%	1,2%	

Para interpretar los resultados de la Tabla 4 y Tabla 5, se debe multiplicar el porcentaje de la casilla de respuesta por la cantidad de hogares encuestados por cada región y luego dividirlo en cien, por ejemplo, en la región Atlántica el 14,3% de la población masculina respondió que frente a un problema de salud se auto recetaba, se multiplica este valor por 996 que es la cantidad de hombres encuestados por hogares en esta región, el valor obtenido se divide por cien. El resultado es 142 hombres encuestados por hogares de la región Atlántica respondió autorecetarse.

Para el total de la población encuestada el 12 % de las mujeres reportaron un problema de salud mientras que los hombres lo hicieron en un 9.6%, se considera esta diferencia estadísticamente significativa y se corrobora que la necesidad sentida es mayor para el género femenino.

En el momento en que la población encuestada ha tenido una necesidad sentida (enfermedad en los últimos treinta días), se observa una diferencia marcada entre género, el 20.1% de los hombres no acudieron a resolver sus problemas en instituciones de salud comparativamente al 14.9% de las mujeres, lo anterior indica que los hombres acceden menos a los servicios de salud. Sin embargo las mujeres se ubican en mayor proporción en el gasto de bolsillo en medicamentos que los hombres, un 10.3% de la población femenina respondieron afirmativamente a la pregunta “¿Durante el mes pasado adquirieron o realizaron pagos por prescripciones médicas o compra de medicamentos consumidos regularmente?” frente al 9.6% de la población masculina, como se observa en la Tabla 5

Tabla 5. Presencia de enfermedad o problema de salud para cada género en cada región, en el último periodo. (Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

Población por género	Región	¿En los últimos 30 días, tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización?				¿Durante el mes pasado adquirieron o realizaron pagos por: formulas médicas o compra de medicamentos consumidos regularmente?				Distribución porcentual de la población total encuestada del país
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		
Hombre (996)	Atlántica									13,24% (1.959)
Mujer (993)		11,8%	88,2%	14,1%	85,9%	9,7%	90,3%	10,2%	89,8%	
Hombre (975)	Oriental									13,42% (1.986)
Mujer (1011)		9,4%	90,6%	11,5%	88,5%	6,5%	93,5%	7,1%	92,9%	
Hombre (1015)	Central									14,00% (2.072)
Mujer (1057)		9,5%	90,5%	12,8%	87,2%	11,0%	89,0%	11,3%	88,7%	
Hombre (1068)	Pacífica									14,97% (2.215)
Mujer (1147)		8,9%	91,1%	11,1%	88,9%	6,3%	93,7%	6,4%	93,6%	
Hombre (556)	Bogotá									7,89% (1.168)
Mujer (612)		9,9%	90,1%	11,1%	88,9%	15,7%	84,3%	16,7%	83,3%	
Hombre (980)	Antioquia									13,46% (1.992)
Mujer (1012)		7,1%	92,9%	9,2%	90,8%	7,2%	92,8%	9,1%	90,9%	
Hombre (993)	Valle del cauca									14,01% (2.073)
Mujer (1080)		11,1%	88,9%	13,8%	86,2%	9,6%	90,4%	11,7%	88,3%	
Hombre (312)	San Andrés y providencia									4,45% (659)
Mujer (347)		9,1%	90,9%	10,4%	89,6%	11,6%	88,4%	12,3%	87,7%	
Hombre (311)	Orinoquia – Amazonía									4,57% (677)
Mujer (366)		9,3%	90,7%	13,7%	86,3%	9,1%	90,9%	7,7%	92,3%	

Para interpretar los resultados de la Tabla 6 y la Tabla 7, se debe multiplicar el porcentaje de la casilla de respuesta por la cantidad de hogares encuestados por cada región y luego dividirlo en cien, por ejemplo, para la Tabla 7 en la región Atlántica el 64.9% respondió que se consideraban pobres, se multiplica este valor por 1.959 que es la cantidad de hogares encuestados en esta región, el valor obtenido se divide por cien. El resultado es 1.271 hogares de la región Atlántica respondió considerarse pobre.

Tabla 6. Población total de los hogares por estado de salud en general, según región a la cual pertenecen. (Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

Región/Variable	Considera Ud. que su estado de salud en general es:				Distribución porcentual de la población total encuestada del país
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	
<b>Atlántica</b>	4,7%	15,40%	17,5%	1,8%	13,24% (1.959)
<b>Oriental</b>	4,7%	13,00%	21,7%	2,4%	13,42% (1.986)
<b>Central</b>	10,0%	13,60%	23,8%	3,1%	14,00% (2.072)
<b>Pacífica (sin valle)</b>	4,6%	15,20%	25,3%	3,7%	14,97% (2.215)
<b>Bogotá</b>	14,7%	7,50%	16,3%	1,8%	7,89% (1.168)
<b>Antioquia</b>	14,2%	13,70%	20,8%	2,7%	13,46% (1.992)
<b>Valle del cauca</b>	12,9%	13,30%	18,7%	2,2%	14,01% (2.073)
<b>San Andrés y providencia</b>	13,5%	4,00%	11,6%	0,6%	4,45% (659)
<b>Orinoquia - Amazonía</b>	9,2%	4,40%	21,6%	2,1%	4,57% (677)

En la ENH 2010 se preguntó a los hogares sobre su percepción de su estado de salud en general, los resultados se observan en la Tabla 6, donde se aprecia que en promedio el 68.2% de los hogares consideran que su estado de salud es bueno y el 19.7% consideran que su estado de

salud es regular. Se observa que la percepción de un estado de salud regular es mayor en las regiones que no están afiliadas a algún sistema de seguridad en salud. Estos resultados indican la presencia de asimetría de la información entre el SGSSS y los hogares que lleva a una selección adversa en contra del sistema, pues aunque la cobertura del sistema es alta, también es evidente que la percepción del estado de salud es regular.

La selección adversa puede verse también en que las regiones que presentan mayores porcentajes de pobreza, percepción de estado de salud regular y no están afiliadas a algún sistema de seguridad en salud, también presentan los mayores porcentajes en gasto de bolsillo en medicamentos, es el caso por ejemplo de la región Atlántica, en donde el 64.9% de los hogares se consideran pobres y el 17.5% tienen una percepción de salud regular, como se muestra en la Tabla 7, y el 14.6% de la población no está afiliada, el 10% de los hogares durante el mes pasado adquirieron o realizaron pagos por: formulas médicas o compra de medicamentos consumidos, de acuerdo con la tabla 8. Con relación al régimen de afiliación el 72.7% de los hogares encuestados de la región Atlántica están afiliados al régimen subsidiado y el 24.4% se encuentran afiliados al régimen contributivo, de acuerdo con estos resultados, la selección adversa de afiliación parece presentarse principalmente en el régimen subsidiado.

Gráfica 9. Porcentaje de percepción de estado de salud por regiones de la población encuestada

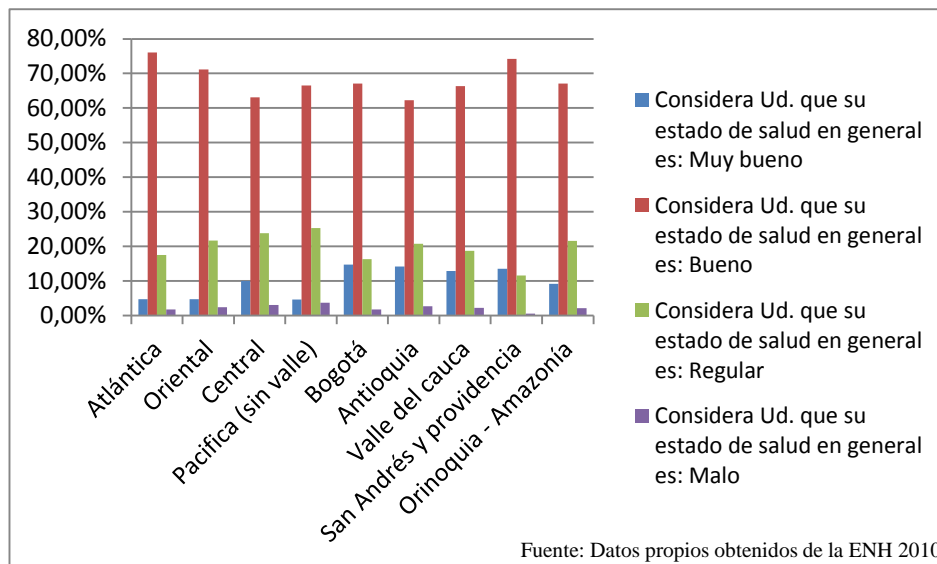


Tabla 7. Población total de los hogares que se consideran pobres según región a la cual pertenecen. (Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

Variable/Región	Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Bogotá	Antioquia	Valle del cauca	San Andrés y providencia	Orinoquia - Amazonía
<b>Sí</b>	64,9%	41,4%	56,2%	67,6%	32,1%	56,2%	45,9%	52,5%	59,0%
<b>No</b>	35,1%	58,6%	43,8%	32,4%	68,0%	43,8%	54,1%	47,5%	41,0%
<b>Distribución porcentual de la población total encuestada del país</b>	13,24% (1.959)	13,42% (1.986)	14,0% (2.072)	14,97% (2.215)	7,89% (1.168)	13,46% (1.992)	14,01% (2.073)	4,45% (659)	4,57% (677)



## Gasto de Bolsillo en Medicamentos

Tabla 8. Adquisición o realizaron de pagos por: fórmulas médicas o compra de medicamentos consumidas, durante el último periodo? (Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

Variable/Región	Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Bogotá	Antioquia	Valle del cauca	San Andrés y providencia	Orinoquia - Amazonía
<b>Sí</b>	10,0%	6,8%	11,2%	6,4%	16,2%	8,2%	10,7%	12,0%	8,4%
<b>No</b>	90,0%	93,2%	88,8%	93,6%	83,2%	91,8%	89,3%	88,0%	91,6%
<b>Valor pagado (mediana)</b>	<b>\$ 20.000</b>	<b>\$ 20.000</b>	<b>\$ 20.000</b>	<b>\$ 15.000</b>	<b>\$24.500</b>	<b>\$ 15.000</b>	<b>\$ 20.000</b>	<b>\$ 40.000</b>	<b>\$ 28.000</b>
<b>Distribución porcentual de la población total encuestada del país</b>	13,24% (1.959)	13,42% (1.986)	14,0% (2.072)	14,97% (2.215)	7,89% (1.168)	13,46% (1.992)	14,01% (2.073)	4,45% (659)	4,57% (677)

Para interpretar los resultados de la tabla 8 sobre la adquisición o realización de pagos por medicamentos hecho por hogares encuestados de cada región, se debe multiplicar el porcentaje de la casilla de respuesta por la cantidad de hogares encuestados por cada región y luego dividirlo en cien, por ejemplo, en la región Atlántica el 10,0% respondió haber realizado algún pago por medicamentos, se multiplica este valor por 1.959 que es la cantidad de hogares encuestados en esta región, el valor obtenido se divide por cien. El resultado es 196 hogares de la región Atlántica respondió haber tenido gasto de bolsillo en medicamentos.

Como se observa en la Tabla 8, en promedio el 10% de las personas encuestadas a nivel nacional en el 2010 adquirieron o realizaron pagos mediante gasto de bolsillo por fórmulas prescripciones o compra de medicamentos consumidos regularmente, la mediana del valor

pagado es de \$22.500 y un intervalo de gasto a nivel nacional entre \$15.000 y \$40.000. Se utiliza la mediana ya que con esta es posible identificar el valor que se encuentra en la mitad del conjunto de datos, es decir, este valor no se ve afectado por los valores extremos. Esta medida indica que la mitad de los datos se encuentran por debajo de este valor y la otra mitad por encima del mismo.

Para dimensionar la importancia del gasto de bolsillo en salud, específicamente el de medicamentos, objeto del presente trabajo, se debe establecer que el medicamento es un componente unido de forma muy estrecha a la salud y por ende es inseparable al abordar la correcta funcionalidad dentro de un sistema sanitario, y su política farmacéutica, es decir, si un sistema sanitario no funciona es seguro que la política de medicamentos, en distintas situaciones, tampoco funcione, dentro de este ámbito, la atención médica tiene como propósito mejorar la salud de la población y para ello se apoyan los médicos en el uso de los medicamentos los cuales representan en un sentido económico una porción muy elevada del gasto público de los sistemas sanitarios y también un elevado gasto de bolsillo en salud y por supuesto en medicamentos.

En ese sentido, cualquier visita al médico, lo más probable es que implique la prescripción de algún medicamento, sin embargo la no utilización de servicios en salud que arroja como resultado los datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2010 el cuanto a las principales razones como opción de respuesta a la pregunta "¿Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o no recibió atención médica?", Tabla 9, refleja la existente incapacidad del sistema de salud por proveer un buen servicio, según la definición de la OMS un sistema de salud abarca todas las actividades cuyo objetivo primordial es promover, restablecer o mantener la salud, contrario a

esto, se evidencian las diferentes barreras de acceso para el paciente que busca satisfacer completamente una necesidad determinada por la presencia de un problema de salud, el paciente se encuentra frente a barreras de acceso ya sean de tipo económico, de utilización del sistema, la percepción de una mala calidad del servicio o incluso la negación del servicio. El análisis del gasto de bolsillo en medicamentos comparado con el acceso a los servicios de salud por las distintas regiones del país permite concluir sobre el grado de equidad del SGSSS, y la equidad en salud en el objetivo principal de la Política Farmacéutica Nacional porque permite crear condiciones para que los hogares colombianos independientemente de su situación socioeconómica tenga acceso a los bienes y servicios que debe brindarle el SGSSS logrando un bienestar afín al buen desarrollo del país.

Gráfica 10. Población total de los hogares que se consideran pobres según región a la cual pertenecen.

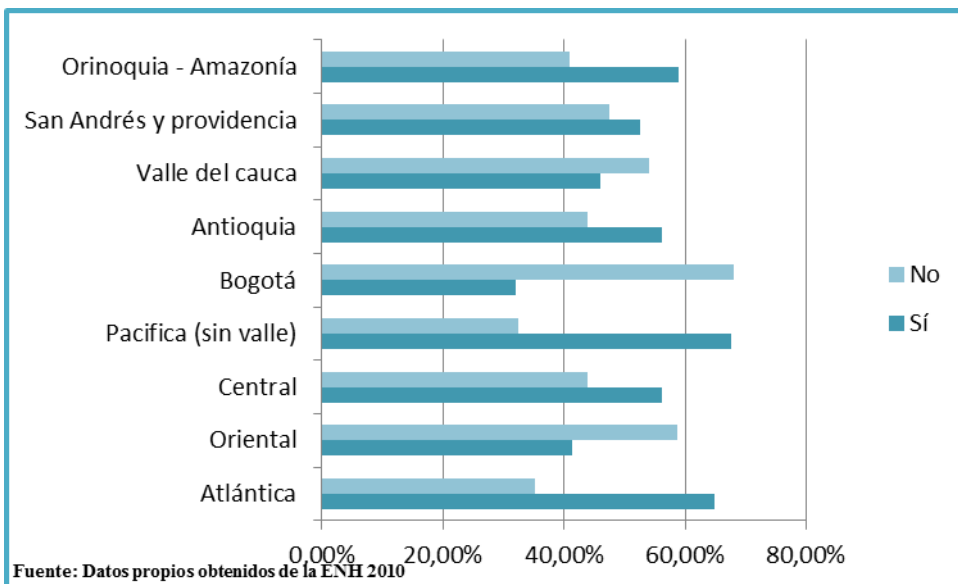


Tabla 9. Razones por las cuales un paciente decide no solicitar o no recibir atención médica, en cada región:  
(Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

Variable / Región	Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Bogotá	Antioquia	Valle del Cauca	San Andrés y Providencia	Orinoquia - Amazonia
<b>El caso era leve</b>	69,43%	55,96%	42,51%	35,07%	58,82%	51,35%	41,24%	80,56%	62,79%
<b>No tuvo tiempo</b>	2,64%	1,55%	4,83%	8,06%	6,86%	1,80%	9,28%	8,33%	2,33%
<b>El centro de atención queda lejos</b>	5,28%	8,29%	7,73%	6,16%	0,98%	4,50%	4,12%	0,00%	0,00%
<b>Falta de dinero</b>	12,83%	13,99%	15,46%	15,17%	17,65%	23,42%	25,77%	0,00%	16,28%
<b>Mal servicio o cita distanciada en el tiempo</b>	4,91%	8,81%	12,56%	10,90%	5,88%	6,31%	5,15%	2,78%	6,98%
<b>No lo atendieron</b>	1,13%	3,11%	0,97%	3,32%	0,98%	0,90%	3,09%	0,00%	0,00%
<b>No confía en los médicos</b>	0,75%	4,15%	3,38%	7,58%	1,96%	7,21%	4,12%	5,56%	2,33%
<b>Consultó antes y no le resolvieron el problema</b>	1,13%	1,55%	7,73%	3,32%	1,96%	3,60%	2,06%	0,00%	2,33%
<b>Muchos trámites para la cita</b>	1,89%	2,59%	4,83%	10,43%	4,90%	0,90%	5,15%	2,78%	6,98%
<b>Distribución porcentual de la población total encuestada del país</b>	13,24% (1.959)	13,42% (1.986)	14,0% (2.072)	14,97% (2.215)	7,89% (1.168)	13,46% (1.992)	14,01% (2.073)	4,45% (659)	4,57% (677)

Cuando se hace referencia a un sistema de salud que refleja crisis como lo es el caso en Colombia<sup>52</sup>, se hace alusión al aspecto económico que impacta en forma negativa dos vertientes interrelacionadas: el acceso a la atención médica y el acceso a los medicamentos, y es válido decir que una de ellas agrava la otra.

Realmente se refleja que la atención médica no logra satisfacer las necesidades de los pacientes y de la población en general, cuando reportan haber consultado en anteriores ocasiones al médico sin tener resolución de su problema de salud, como es el caso más marcado para la región Central, su población posiblemente ante el hecho de no haber resuelto su inconveniente de salud, haya optado por otros mecanismos para resolverlo, lo cual concuerda con la Tabla 10, que indica las acciones que se llevaron a cabo por parte de la población para atender un problema en salud, tales como el uso de remedios caseros o la automedicación, o en otros escenarios de menor concurrencia, acudieron a un boticario, farmaceuta, droguista o bien, no hicieron nada al respecto. Frente a esta incapacidad del sistema la población no tiene acceso a tratamientos y menos aún acceso a los medicamentos y esta necesidad se vio trasladada al personal que no corresponde al que está dentro del SGSSS.

De nuevo la región Central, es la que reporta de forma destacada con respecto a las otras regiones una barrera de acceso, el “*Mal servicio o cita distanciada en tiempo*” como razón para

---

<sup>52</sup> Guerrero J, La crisis de la Salud en Colombia: Un llamado al respeto de la movilización democrática y al dialogo en re los actores. 2014

no solicitar atención médica, respecto a eso se confronta lo estipulado por la Ley 019 de 2012, que en su artículo 123, preceptúa que:<sup>53</sup> las EPS, *deberán garantizar la asignación de citas de medicina general u odontología general, sin necesidad de hacer la solicitud de forma presencial y sin exigir requisitos no previstos en la Ley*”. E indica también que la asignación de estas citas “no podrá exceder los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud”, y que así mismo, las EPS contarán con sistemas de evaluación y seguimiento a los tiempos de otorgamiento de citas que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación”. Con relación a la solicitud de cita médica, también hay quienes no utilizaron los servicios médicos por “*Muchos trámites para la cita*”, sobre la cual llama la atención los resultados de la región Pacífica con un 10.43% y la región Orinoquia – Amazonía con un 6.98%, acerca de ello Fedesalud hizo una publicación <sup>54</sup> donde afirma que en la región pacífica en Choco y Tumaco para obtener una cita es necesario desplazarse a la cabecera municipal desde tempranas horas de la madrugada, sin la certeza de alcanzar a ser atendidos en el mismo día, como si fuese poco, este desgastante trámite no permite hacerlo de una sola vez para varios miembros en un mismo hogar sino que cuando más de un miembro de la familia debe asistir a consulta no se otorga cita sino para uno al día.

---

<sup>53</sup> Decreto Ley 019 de 2012 “por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública”,

<sup>54</sup> FEDESALUD Evaluación de la implementación del sistema de seguridad social frente a las características particulares de la región pacífica en Choco y Tumaco Octubre de 2004

Cita el documento también que “El costo promedio del transporte hacia Tumaco desde las veredas más alejadas como Chagui, donde habitan cerca de 27.000 personas, para hacer uso de los servicios de salud en la ARS es cercano a los \$100.000. El viaje puede durar dos días y normalmente es necesario pagar alojamiento y comida por el hecho que la consulta no se logra para el mismo día de llegada.”<sup>55</sup> Así, la situación de la región Pacífica no puede ser peor en cuanto a barreras de todo tipo, económicas, sociales y geográficas las cuales aumentan su gasto de bolsillo en medicamentos para resarcir sus inconvenientes inmediatos en salud, lo que deteriora su calidad de vida y empobrece más a su sociedad con habitantes que no solo están con diversas enfermedades, sino que también esta desatendida e insatisfecha y desde el punto de vista económico se traduce en una sociedad poco productiva, con barreras de acceso en servicios de salud y condiciones de acceso poco favorables.

A nivel económico la mediana del salario que presentó la población encuestada fue de un valor de \$515.000, este valor corresponde al mínimo vigente de la fecha de la encuesta, salario que no permite gastos adicionales para los hogares que lo perciben.

---

<sup>55</sup> CALDERÓN MURILLO, ÁNGEL A. La automedicación: una costumbre sin control adecuado, que atenta contra la salud y la calidad de vida de los ciudadanos Nov 2012

Se observa en la Tabla 10 que una alta tasa de la población ante un problema de salud acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud según haya sido su caso, pero también una importante fracción de la población que opta por auto recetarse. Las posibles causas de esta elección se dan en respuesta y en concordancia con lo mencionado acerca de las barreras que se presentan para obtener atención médica, por ejemplo ante dichas dificultades predomina la automedicación, por parte de los habitantes de la región Pacífica.

Automedicarse es entendido como una práctica sanitaria inadecuada para la salud de la persona, en la que el individuo bajo su propia iniciativa o apoyada en alguna experiencia ajena de un caso similar al de su inconveniente de salud, decide recurrir a medicamentos sin acudir a un médico y sin ninguna valoración por parte de un profesional en salud. La Organización Mundial de la Salud define la automedicación como el uso de los medicamentos por parte de las personas con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos puedan identificar. Se refiere fundamentalmente a los medicamentos de venta libre.

Para interpretar los resultados de la tabla 9 y tabla 10, se debe multiplicar el porcentaje de la casilla de respuesta por la cantidad de hogares encuestados por cada región y luego dividirlo por cien, por ejemplo, en la región Atlántica el 12.83% respondió no haber asistido al médico por falta de dinero, se multiplica este valor por 1.959 que es la cantidad de hogares encuestados en esta región, el valor obtenido se divide por cien. El resultado es 251 hogares de la región Atlántica respondió no haber asistido al médico por falta de dinero.



Tabla 10. Principales acciones llevadas a cabo por la población de cada región, para tratar un problema de salud.  
(Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

	Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Bogotá	Antioquia	Valle del Cauca	San Andrés y Providencia	Orinoquia - Amazonia
Acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud?	74,8%	72,8%	74,0%	73,3%	74,3%	80,4%	88,3%	82,6%	83,9%
Acudió a un promotor de salud o enfermero(a)?	0,4%	0,6%	0,6%	0,9%	1,4%	1,2%	0,8%	0,0%	0,4%
Acudió a un boticario, farmacéuta, droguista?	3,7%	5,5%	4,5%	3,8%	4,3%	2,3%	2,8%	7,2%	1,1%
Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona?	0,6%	0,3%	0,4%	0,7%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.)	0,0%	0,3%	0,6%	0,1%	0,0%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%
Uso remedios caseros	6,4%	7,7%	8,2%	12,5%	10,7%	7,0%	3,6%	3,9%	5,1%
Se auto receto	12,2%	11,6%	8,8%	6,0%	5,7%	6,5%	2,8%	5,3%	7,3%
Nada	2,1%	1,2%	2,8%	2,7%	3,3%	2,3%	1,4%	1,0%	2,2%
<b>Distribución porcentual de la población total encuestada del país</b>	13,24% (1.959)	13,42% (1.986)	14,0% (2.072)	14,97% (2.215)	7,89% (1.168)	13,46% (1.992)	14,01% (2.073)	4,45% (659)	4,57% (677)

Este problema es una de las principales causa de muerte o de incapacidad de las personas, tanto en los municipios como a nivel nacional <sup>51</sup> y sobre esto influye un factor socio económico también, debido a que aspectos como el desempleo, las malas condiciones de trabajo y el estilo de vida de poblaciones de ingresos económicos bajos no les permite acceder con facilidad a los servicios de salud y por ende no cuentan con la orientación de un médico o profesional capacitado que les ayude a solucionar su problema en salud.

### Asimetría de la información con respecto a la oportunidad de entrega de medicamentos

Tabla 11. Razón de la NO entrega de los medicamentos prescritos en cada región.  
(Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

Región / Variable	No están incluidos en el POS	No había los medicamentos recetados	No había la cantidad requerida	Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica	No hizo las gestiones para reclamarlos	Acudió a médico particular	Otra, ¿cuál?	Distribución porcentual de la población total encuestada del país
Atlántica	43,5%	13,0%	1,3%	0,0%	4,9%	33,1%	4,2%	13,24% (1.959)
Oriental	45,7%	16,6%	2,3%	0,6%	2,9%	29,7%	2,3%	13,42% (1.986)
Central	35,9%	16,7%	5,1%	0,6%	6,4%	27,6%	7,7%	14,00% (2.072)
Pacífica	40,6%	14,9%	0,0%	0,5%	1,5%	35,1%	7,4%	14,97% (2.215)
Bogotá	50,0%	11,3%	1,9%	0,0%	3,8%	24,5%	8,5%	7,89% (1.168)
Antioquia	56,7%	10,5%	1,2%	0,6%	5,3%	22,2%	3,5%	13,46% (1.992)
Valle del Cauca	43,6%	8,4%	1,2%	2,0%	4,8%	28,0%	12,0%	14,01% (2.073)
San Andrés y Providencia	50,0%	8,3%	2,1%	2,1%	8,3%	18,8%	10,4%	4,45% (659)
Orinoquia - Amazonía	49,3%	11,0%	0,0%	0,0%	5,5%	32,9%	1,4%	4,57% (677)

Para interpretar los resultados de la tabla 11 sobre la razón de la No entrega de medicamentos prescritos por cada región, se debe multiplicar el porcentaje de la casilla de respuesta por la cantidad de hogares encuestados por cada región y luego dividirlo por cien, por ejemplo, en la región Atlántica el 43,5% respondió no haber recibido sus medicamentos prescritos porque no estaban incluidos en el POS, se multiplica este valor por 1.959 que es la cantidad de hogares encuestados en esta región, el valor obtenido se divide por cien. El resultado es 852 hogares de la región Atlántica respondió no haber recibido los medicamentos por no estar incluidos en el POS.

La tabla 11, muestra porcentajes superiores al 43.5% en la respuesta “No están incluidos en el POS”, a la pregunta de la encuesta “¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?” siendo Antioquia, Bogotá y San Andrés y Providencia las regiones con los porcentajes más altos con un 56.7%, 50.0% y 50.0% respectivamente.. Es posible que los médicos no prescriban bajo la denominación genérica permitiendo la sustitución por marcas comerciales no incluidas en el POS, aun cuando en el mercado se encuentren medicamentos de eficacia y calidad comprobada también existen medicamentos de cuestionable eficacia y calidad y es altamente probable que el usuario al adquirir el medicamento a un alto precio piense que está comprando calidad. Este comportamiento evidencia fallas ocasionadas por la existencia de la asimetría de la información, es decir, los usuarios no conocen o no tienen la suficiente información respecto a las prescripciones con respecto a los medicamentos.

## Asimetría de la información dentro del Sistema de Salud

El Sistema de Salud en Colombia hace parte de un mercado en el que cada una de las partes, tanto el sistema como los afiliados, tiene sus propios intereses y el deseo de obtener los mejores beneficios. Desafortunadamente, y como en casi todos los mercados, en el SGSSS existe asimetría de la información.<sup>56</sup> Dicha asimetría de la información que es una de las causas del gasto de bolsillo en medicamentos, se debe a que las personas desconocen sus derechos en materia de salud o los servicios del Sistema de Salud (POS) a los que tiene acceso por su afiliación a la EPS o ARS como se observa en la Tabla 12, en donde en promedio un 62.5% de la población encuestada desconoce los servicios a los que tiene derecho en salud. Quién debería controlar la generación de la asimetría de la información es el Estado pero evidentemente no es mucho lo que se hace al respecto.

Tabla 12 Respuesta de las regiones acerca de si conocen o no los servicios SGSSS a los que tienen derecho por su afiliación a EPS o ARS. (Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

	Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Bogotá	Antioquia	Valle del Cauca	San Andrés y Providencia	Orinoquia - Amazonia
<b>Sí</b>	34,9%	30,4%	35,3%	24,2%	53,4%	30,8%	37,3%	47,1%	44,2%
<b>No</b>	65,1%	69,6%	64,7%	75,8%	46,6%	69,2%	62,7%	52,9%	55,8%
<b>Distribución porcentual de la población total encuestada del país</b>	13,24% (1.959)	13,42% (1.986)	14,0% (2.072)	14,97% (2.215)	7,89% (1.168)	13,46% (1.992)	14,01% (2.073)	4,45% (659)	4,57% (677)

<sup>56</sup> CÓRDOBA, CLAUDIA., Asimetría de la información en el mercado de la salud en Colombia. Investigación en Enfermería, Imagen y desarrollo. Vol 7. 2005

Debido a que los usuarios cuentan con la libertad de elegir y participar en el sistema de salud deberían también contar con la información suficiente para tener la oportunidad de hacer buenas elecciones y no tener por ejemplo que tomar la decisión de acudir al médico particular, los resultados en la ENH, muestran que alrededor del 28% de la población encuestada tomaron esa decisión.

Es de resaltar que la región Pacífica es la región que tiene el porcentaje más alto en desconocer los servicios a los que tiene derecho y a la vez es la región con el porcentaje más alto en asistencia al médico particular, teniendo un 92.4% de su población afiliada a un SGSSS, es claro que los usuarios de esta región no contaban con la información suficiente y necesaria que les permite tomar decisiones, hacer valer sus derechos o usar correctamente los servicios.

En este sentido, la asimetría de la información sobre el servicio que los usuarios desean adquirir, aumenta la posibilidad del uso irracional del servicio de salud. Está claro que además del gasto generado por el pago de una consulta a un médico particular, el usuario debe pagar de su bolsillo los medicamentos prescritos.

Si los usuarios tuvieran la información necesaria sobre el servicio que desean adquirir, tendría mayores posibilidades de hacer un uso racional del servicio de salud.

## Estrato Socioeconómico de la población

Tabla 13. Regiones con distribución porcentual según el estrato socioeconómico al que pertenecen.  
(Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

ESTRATO	Recibos sin estrato	Bajo - Bajo	Bajo	Medio - Bajo	Medio	Medio - Alto	Alto	No conoce el estrato	Distribución porcentual de la población total encuestada del país
Atlántica	1,3%	71,9%	19,9%	4,8%	1,4%	0,2%	0,5%	0,0%	13,24% (1.959)
Oriental	0,8%	26,8%	58,9%	10,4%	2,6%	0,0%	0,1%	0,4%	13,42% (1.986)
Central	1,7%	30,2%	50,1%	14,4%	2,2%	0,1%	0,3%	0,9%	14,00% (2.072)
Pacífica	1,7%	73,1%	16,9%	6,7%	0,4%	0,5%	0,0%	0,7%	14,97% (2.215)
Bogotá	0,0%	8,5%	46,4%	33,7%	6,6%	2,3%	2,6%	0,0%	7,89% (1.168)
Antioquia	0,7%	43,8%	36,1%	15,7%	2,9%	0,1%	0,4%	0,3%	13,46% (1.992)
Valle del cauca	1,3%	28,5%	50,8%	14,8%	2,2%	1,3%	0,7%	0,4%	14,01% (2.073)
San Andrés y providencia	0,0%	27,9%	37,5%	24,9%	6,7%	2,1%	0,7%	0,2%	4,45% (659)
Orinoquia - Amazonía	0,0%	36,2%	48,2%	13,8%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	4,57% (677)

El gasto de bolsillo en medicamentos es la una de las manifestaciones de inequidad en el SGSSS porque está en función de la capacidad de pago de los hogares más no de la necesidad de adquirir los medicamentos, por lo tanto, en caso de enfrentar una enfermedad las personas no siempre podrán elegir el mejor precio o la mejor calidad<sup>57</sup>

<sup>57</sup> Estrada, L., Guzmán N., Gasto en privado en salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004

Para interpretar los resultados de la tabla 13 sobre la distribución porcentual según el estrato socioeconómico al que pertenecen, se debe multiplicar el porcentaje de la casilla de respuesta por la cantidad de hogares encuestados por cada región y luego dividirlo por cien, por ejemplo, en la región Atlántica el 0,5% respondió pertenecer a un estrato alto, se multiplica este valor por 1.959 que es la cantidad de hogares encuestados en esta región, el valor obtenido se divide por cien. El resultado es 10 hogares de la región Atlántica pertenecen al estrato alto.

Sea cual sea el porcentaje de GBM de los hogares, para los estratos socioeconómicos más bajos el gasto representa una mayor carga respecto a su ingreso. En promedio el 79.3 % de los hogares encuestados se encuentran entre los estratos Bajo-Bajo y Bajo, y estos son los más afectados por el gasto de bolsillo en medicamentos. El 6.4% de los hogares encuestados de la región Pacífica manifestaron haber realizado pagos por: formulas médicas o compra de medicamentos consumidos regularmente en el último mes, siendo esta región en dónde se observa el más alto porcentaje de la población clasificada dentro del estrato Bajo-Bajo (73.1%) al igual que la región Atlántica en dónde el 71.9% de su población se encuentra en el estrato Bajo-Bajo y un 10% de población afirmaron haber hecho algún pago en medicamentos (tabla 13).

En lo que respecta a la región de Bogotá y la región de San Andrés, regiones que presentan los mayores porcentajes de gasto en medicamentos, 16.2% y 12% respectivamente, la relación del GBM con el estrato socioeconómico puede analizarse de una manera diferente, es posible que en estas poblaciones los hogares tengan mayor gasto de bolsillo porque optan por comprar medicamentos de marca de mayor costo frente a los genéricos, puesto que un porcentaje

importante de su población se encuentran dentro los estrato Bajo-Medio, Medio y Alto (45.1% y 35.4%) y tienen mayor capacidad de pago.

En relación a las barreras económicas como lo es el estrato, los hogares con estratos bajos tienen bajos ingresos y muchas veces inciertos en comparación con el estrato medio o alto, se observó que el gasto de bolsillo en medicamentos se incrementa en las regiones a medida que aumentaban los porcentajes de clasificación dentro de los estratos medio y alto, quienes tienen más posibilidad de pagar precios más altos en comparación con los ingresos de estratos bajos.

### **Uso racional de medicamentos**

El sector salud en Colombia siempre ha estado en crisis y el Gobierno ha venido tomando una serie de medidas que no logran superarla. Es por eso que la percepción de la población en la mayoría de los casos es que el sistema no está respondiendo a sus necesidades y más aún cuando deben pagar de su bolsillo para adquirir sus medicamentos.

Sin embargo, el gasto de bolsillo en medicamentos no es un problema de exclusiva atribución al SGSSS de Colombia, de hecho, este fenómeno ocurre en gran parte de los sistemas de salud del mundo, ejemplo de esto es el caso de Chile, en un estudio realizado en noviembre del 2013 sobre el gasto de bolsillo en medicamentos indica que para el año de 2007 el porcentaje de



participación del gasto de bolsillo en medicamentos en el gasto de bolsillo total es del 55% y es mayor en los hogares de menores ingresos (Quintil 1:más pobre 67.6%).<sup>58</sup>

Es por eso que la OMS expuso la necesidad de formular políticas farmacéuticas especialmente para los países menos desarrollados como iniciativa para generar acciones para el uso adecuado de los medicamentos y de alguna manera contribuir en la disminución del gasto de bolsillo en salud nacional y la disminución del gasto de bolsillo en medicamentos.

Una de las causas del gasto en medicamentos se debe a la monopolización del mercado farmacéutico cuya herramienta principal es la propiedad intelectual, el mercado de los medicamentos lo maneja un grupo reducido de industrias a nivel mundial, los cuales tienen presencia en Colombia, esto les permite fijar precios de monopolio a sus productos.

El libro *Medicamentos que nos enferman*<sup>59</sup> revela una preocupante realidad frente al inadecuado uso de los medicamentos y el poder del monopolio de las más reconocidas industrias farmacéuticas, hace casi 50 años el exdirector del laboratorio farmacéutico Merck dijo que su sueño era producir medicamentos para las personas sanas y así incrementar sus ventas en todo el mundo. Bajo este concepto las industrias farmacéuticas ampliaron o magnificaron los síntomas de las enfermedades y sus riesgos utilizando toda clase de publicidad (estrategias de marketing).

---

<sup>58</sup> Pedraza, C., ¿Qué sabemos del gasto de bolsillo en medicamentos en Chile? Santiago, Nov 2013.

<sup>59</sup> Moynihan. R., Cassels. A., (2005) Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes.

Catalogaron como principales amenazas para la salud enfermedades tan comunes como colesterol alto, la tristeza, la soledad, la timidez, un niño inquieto, osteoporosis, calvicie o en general cualquier malestar. Lamentablemente esto hace que la gente sana se convenza de que está enferma y la gente que posiblemente está enferma se convenza de que está muy enferma llevando a la automedicación y al incremento del gasto de bolsillo en medicamentos.

Lo anterior trasciende en que aunque el uso más frecuente de los medicamentos sea para la prevención, tratamiento y recuperación de las enfermedades, se vea también como un producto comercial, una mercancía y un bien de producción industrial, y el principal objetivo de la industria farmacéutica sea la compensación económica. La política farmacéutica nacional debe garantizar un equilibrio entre los intereses económicos de quienes producen y comercializan y los intereses de los hogares colombianos que es tener o gozar de una buena salud, lo cual se debe garantizar con mecanismos efectivos de inspección, vigilancia y control.

Para interpretar los resultados de la tabla 14 sobre la población encuestada que cuenta con alcantarillado y acueducto, se debe multiplicar el porcentaje de la casilla de respuesta por la cantidad de hogares encuestados por cada región y luego dividirlo por cien, por ejemplo, en la región Atlántica el 57,8% respondió no tener servicio de alcantarillado, se multiplica este valor por 1.959 que es la cantidad de hogares encuestados en esta región, el valor obtenido se divide por cien. El resultado es 1.132 hogares de la región Atlántica respondió no tener servicio de alcantarillado.

## Condiciones de vida

Tabla 14. Porcentaje de la población encuestada que cuenta con alcantarillado y acueducto-  
(Las cantidades en paréntesis corresponden a los hogares encuestados)

Región	Alcantarillado		Acueducto		Distribución porcentual de la población total encuestada del país
	Si	No	Si	No	
<b>Atlántica</b>	42,2%	57,8%	65,1%	34,9%	13,24% (1.959)
<b>Oriental</b>	54,0%	46,0%	72,7%	27,3%	13,42% (1.986)
<b>Central</b>	57,6%	42,4%	78,5%	21,5%	14,00% (2.072)
<b>Pacífica (sin valle)</b>	39,8%	60,2%	80,3%	19,7%	14,97% (2.215)
<b>Bogotá</b>	99,4%	,6%	99,8%	,2%	7,89% (1.168)
<b>Antioquia</b>	54,7%	45,3%	75,1%	24,9%	13,46% (1.992)
<b>Valle del Cauca</b>	75,3%	24,7%	88,6%	11,4%	14,01% (2.073)
<b>San Andrés y Providencia</b>	24,8%	75,2%	29,4%	70,6%	4,45% (659)
<b>Orinoquia - Amazonía</b>	90,1%	9,9%	89,6%	10,4%	4,57% (677)

El gasto de bolsillo en medicamentos parece tener una directa relación con las condiciones de vida de las regiones, es el caso de la región de San Andrés y Providencia, que sobrepasa el valor promedio pagado del total de la población encuestada de \$22.500 con la mediana más alta en valor pagado de \$40.000. Le sigue la región de Orinoquía-Amazonia con una mediana de \$28.000, Bogotá \$24.500, las regiones Atlántica, Central y Valle del Cauca tiene en promedio un gasto de \$20.000, la mediana del valor pagado inferior les corresponde a las regiones Pacífica y Antioquia.

Indudablemente las condiciones de vida de los hogares encuestados inciden de forma importante en su calidad de vida y más aún en su estado de salud. El acceso a una vivienda con óptimas condiciones, agua potable y servicios de saneamiento son derechos básicos de todo colombiano. Al observar la Tabla 14 es importante resaltar que en la región de San Andrés y Providencia el 75.2% de la población encuestada no cuentan con alcantarillado y el 70.6% no cuenta con acueducto (ver porcentajes de población encuestada por región en la tabla 14) evidenciando diferencias críticas de cobertura. Una de las causas de esta situación puede estar relacionada con la migración y crecimiento urbano no organizado lo que provocó la aparición de asentamientos humanos en áreas de riesgo que carecen de condiciones básicas de saneamiento.<sup>59</sup> Estos porcentajes son directamente proporcionales al grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para el consumo humano.

Según el documento Análisis de la Situación de Salud en San Andrés las condiciones socioeconómicas de los hogares determinan las condiciones de vida y el estado de salud de la población, existe una relación directa entre desigualdad socioeconómica, morbilidad y mortalidad, tema de discusión en números documentos sobre equidad en salud<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Calderón. E., (2011) Análisis de situación de salud ASIS Archipiélago de San Andrés Frontera insular con Nicaragua.

Ministerio de salud y protección social.

## 8. CONCLUSIONES

En promedio el 10% de las personas encuestadas a nivel nacional en el 2010 adquirieron o realizaron pagos mediante gasto de bolsillo por fórmulas prescripciones o compra de medicamentos consumidos regularmente, la mediana del valor pagado es de \$22.500 y un intervalo de gasto a nivel nacional entre \$15.000 y \$40.000. La región de San Andrés y Providencia sobrepasa este promedio con la mediana más alta en valor pagado \$40.000. Le sigue la región de Orinoquía-Amazonia con una mediana de \$28.000, Bogotá \$24.500, las regiones Atlántica, Central y Valle del Cauca tiene en promedio un gasto de \$20.000, la mediana del valor pagado inferior les corresponde a las regiones Pacífica y Antioquia.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Hogares de 2010 en promedio el 89.5% de la población nacional se encuentra afiliada al SGSSS, el promedio de hogares no afiliados corresponde al 10.4% de quienes se presume que el motivo de la no afiliación es porque no tienen los ingresos suficientes para hacer un pago. Las regiones que superan el promedio de no afiliación son Atlántica, Valle del Cauca y Central son las de mayor gasto de bolsillo en medicamentos tienen.

Según los resultados de la ENH de 2010, en promedio los hogares colombianos tenían ingresos familiares por \$538.667 valor que se acerca al valor correspondiente al SMLV para ese año. En promedio un 35% de la población manifiesta que los ingresos del hogar no alcanzan para cubrir los gastos mínimos, regiones como Atlántica, Oriental, Pacífica y Antioquia superan el promedio anterior.

De acuerdo con esto existe un estrecho lazo entre los ingresos familiares y el gasto de bolsillo de medicamentos ya que sea cual sea el monto el gasto representa una mayor carga respecto a su ingreso.

Se concluye que los hombres acceden menos a los servicios de salud, las mujeres acceden más a expensas de la utilización de los gastos de bolsillo en medicamentos. Las mujeres, tienen una mayor percepción de la necesidad en salud que los hombres.

El porcentaje de hogares no afiliados indican además que el Jefe de hogar no tiene un empleo formal, entonces sus ingresos son muchas veces inciertos y gasto de bolsillo de medicamentos aumenta aún más su carga llegando a ser catastrófico.

El gasto de bolsillo de medicamentos se incrementa en las regiones a medida que aumentan los estratos debido a que tienen mayor disponibilidad de pago para medicamentos en comparación con los estratos bajos.

## 9. SUGERENCIAS

Se propone la realización de un estudio para Colombia del Gasto de bolsillo en Salud, que esté asociado a la utilización de los servicios en Salud, dado que en el presente trabajo se evidenció que el inadecuado uso de los servicios representa un porcentaje significativo de la población, que por diversas causas no confía en los médicos y acude o consulta teguas, chamanes, empíricos, curanderos, yerbateros, comadronas etc.

Se sugiere analizar el gasto de bolsillo en medicamentos basados en encuestas más recientes, y comparar los resultados con los del presente trabajo, y así conocer si ha habido impacto por la unificación del POS hecha en 2012 en Colombia, en la cual se unificó los diversos procesos a nivel de los servicios de consulta de especialista, autorización de cirugías y procedimientos, así como el listado de medicamentos para ambos regímenes existentes, además teniendo en cuenta que dicha unificación no es conocida completamente por los ciudadanos.

Se sugiere profundizar en la caracterización del gasto de bolsillo en medicamentos determinando el tipo de medicamentos adquiridos, especialmente para aquellas regiones que presentaron elevado gasto de bolsillo en medicamentos, como por ejemplo la región de San Andrés y Providencia, la cual teniendo un gasto de bolsillo de \$40.000 sobrepasa la mediana en valor pagado de las regiones encuestadas (\$22.500).

## 10. BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, O., Forero, J., (2011). Sistemas de información en el sector salud en Colombia. Revista Gerencia Política de Salud. Vol. 19 85-100
- Agudelo, C., Cardona, J., Bolaños. J., Robledo. R., (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Ciencia y Salud colectiva.
- Ase. I., Buriyovich. J., (2009) La estrategia de atención primaria de la salud ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud colectiva Buenos Aires, 5(1):27-47
- Ayala, J., (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional, Banco de la República, Sucursal Cartagena. Núm.204
- Barón, G., (2007). Gasto nacional en salud de Colombia 1993-2003: composición y tendencias. Revista de salud pública. Vol. 9, 167-179.
- Barón. G., (2007) Cuentas de salud en Colombia 1993-2003. El gasto de salud en Colombia y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social.
- Benach. J., Vergara. M., Muntaner. C., Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI.
- Calderón. E., (2011) Análisis de situación de salud ASIS Archipiélago de San Andrés Frontera insular con Nicaragua. Ministerio de salud y protección social.
- Castañeda, C., Fonseca, M., Núñez, J., Zapata, J., (2012). La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano, dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Fedesarrollo.



- Castro, C., (2012). Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina. FESCOL.
- Cid, C., (2010). ¿Qué sabemos del gasto de bolsillo en medicamentos en Chile. AES Chile.
- Congreso de la República de Colombia. (2013) Por medio de la cual se redefine el SGSSS y se dictan otras disposiciones.
- Córdoba, Claudia., Asimetría de la información en el mercado de la salud en Colombia. Investigación en Enfermería, Imagen y desarrollo. Vol 7. 2005
- DANE, (2009). Metodología gran encuesta integrada de hogares. Colección documentos. Número 83
- DANE, (2013). Magazín de gestión estadística. Ed. 6
- DANE., (2007) Cartilla de conceptos básicos e indicadores demográficos.
- Estrada. L., Alivis. N., De la Hoz. F., (2007) Gasto privado en salud de los hogares en Cartagena de Indias, 2004. Revista de salud pública. Vol. 9 11-25
- Federación Internacional de sociedades de la Cruz Roja., (2011) Eliminación de desigualdades en salud. Cada mujer y cada niño/niña cuentan.
- Ferrer. M., (2000) Los módulos de salud en las encuestas de hogares de América Latina y el caribe. OPS
- Fresneda. O., (2007) La medida de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) como instrumento de medición de la pobreza y focalización de programas. Naciones Unidas CEPAL.

- Gaviria, A., (2013). Exposición de motivos del proyecto de Ley “Por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Ministerio de Salud y protección Social.
- González, P., (2012). Gasto de bolsillo en salud oral en un grupo de usuarios del régimen subsidiado. Universidad Autónoma de Manizales. Facultad de salud.
- Guerrero. R., Gallego. AI., Becerril. V., Vásquez. J., Sistema de salud de Colombia. Salud Pública México 2011; 53 supl 2:S144-S155.
- Ke Xu, (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. OMS
- Kerguelen, C., (2008). Calidad en salud en Colombia. Los principios. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Ministerio de la Protección Social – MPS.
- Marín. C., (2014) Impacto económico y social de la autorización de medicamentos no POS en el sistema de salud. Universidad Militar de Nueva Granada.
- Martínez, D., (2009). Colombia: la medición de los ingresos del empleo asalariado en la encuesta de hogares. DANE Colombia.
- Martínez, P., Rodríguez, L., Agudelo, C., (2001). Equidad en la política de reforma del sistema de salud. Revista de salud pública. Marzo, Vol. 3, 13-39.
- Martínez. D., Colombia: la medición de los ingresos del empleo asalariado de las encuestas de hogares. DANE.
- Mejía, A., Sánchez, A., Tamayo. J., (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Revista de salud pública. Vol. 9 26-38
- Ministerio de la Protección social. Afiliación, pago y recaudo de aportes al Sistema General de seguridad social en salud. Versión 1.0

Ministerio de la Protección Social., (2005) Política Nacional de prestación de servicios de Salud.

Ministerio de la Protección Social., (2012) Política Farmacéutica Nacional. República de Colombia. OPS.

MinSalud, (2014) Cifras financieras del Sector Salud: Gasto en Salud de Colombia: 2004-2011. Dirección de Financiamiento Sectorial.

MinSalud., (2013) Medicamentos y gasto de bolsillo-Colombia. Santiago de Chile Noviembre de 3013.

MinSalud., (2014) Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Moynihan. R., Cassels. A., (2005) Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes.

Naciones Unidas., (2008) Objetivos de desarrollo del milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe.

OPS, (2006). Análisis del sector salud. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. Washington, D.C.

OPS., (2010) Plan de Acción Intersectorial de entornos saludables San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

OPS., Indicadores básicos 2010 Situación de Salud en Colombia.

Orjuela, A., González, L., Betancourt, J., Pardo, J., Angulo, E., (2011). La tutela y derecho a la salud 2010. Defensoría de pueblo.

- Orozco. J., Berdugo. J., Ortiz. L., (2010) Análisis de la suficiencia de red prestadora de servicios de salud en el departamento del Atlántico y Distrito de Barranquilla. Gobernación del Atlántico.
- Pérez, G., Silva, A., (2015). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Banco de la República, Sucursal Cartagena. Núm.218
- Profamilia., (2011). Encuesta nacional de demografía y salud 2010. Colombia. Asociación Probienestar de la familia colombiana.
- Ramírez. M., Cortez. D., Gallejo. J., (2002) El gasto en salud de los hogares colombianos: un análisis descriptivo. Economía, borradores de investigación. No. 20 Universidad del Rosario.
- Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS, (1999). El gasto de bolsillo en América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud.
- Rodríguez, S., (2010). Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Universidad autónoma de Barcelona.
- Rodríguez. J., Ruiz. F., Peñaloza. E., Eslava. J., Gómez. LC., Sánchez. H., Amaya. JL., Arenas. R., Botiva. Y., (2009). Encuesta Nacional de salud 2007 Resultados nacionales. Ministerio de la protección social.
- Rubio, M., (2008). Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. Revista de salud pública. Vol. 10, 29-43.
- Santa María, M., (2010). Efectos de la ley 100 en salud. Propuestas de reforma. Fedesarrollo.

Tovar. F., (2002) Acceso a los Medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas.  
Serie seminarios salud y política pública.

Vargas, I., Vásquez, L., Mogollón. A., (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia.  
Revista de salud pública. Vol. 12 701-712

Whitehead. M., (1991) Los conceptos y principios de equidad en la salud. OPS.

Zapata, J., Pinto, D., González, L., (2010). Análisis de la dinámica del gasto en salud en  
Cundinamarca y en los hospitales del departamento. Fedesarrollo.