

ISSN 2357-5999
(En Línea)



CIFRAS FINANCIERAS DEL SECTOR SALUD

NOTAS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS
SOBRE LA MEDICIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO
EN SALUD

Boletín bimestral No 9
Marzo – Abril 2015

Dirección de Financiamiento Sectorial

ISSN 2357-5999

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MPSP a través de su portal web www.minsalud.gov.co

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

FERNANDO RUÍZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

OMAR GUAJE MIRANDA
Director de Financiamiento Sectorial

© Ministerio de Salud y Protección Social

Notas conceptuales y metodológicas sobre la medición
del gasto de bolsillo en salud

Autor: Gilberto Barón Leguizamón
Asesor Despacho del Ministro

Colaboradores

Giovanni Cortés Serrano
Asesor Despacho Viceministerio de Protección Social

Ana Carolina Rodríguez Rivero
Julián Felipe Olarte
Dirección de Financiamiento Sectorial

Juan Carlos Rivillas
Dirección de Epidemiología y Demografía

Alejandro Mateus Maya
Subdirector de Promoción Social y Calidad de Vida,
Dirección de Desarrollo Social
Departamento Nacional de Planeación DNP

Bogotá, D. C., Colombia, agosto de 2015

Correo de contacto: gbaron@minsalud.gov.co
Este Boletín también se encuentra disponible en el Repositorio Institucional Digital RID.

Contenido

Introducción	1
1. Elementos conceptuales y definiciones del gasto de bolsillo en salud	2
2. Descripción general de los métodos de estimación.....	5
2.1. Estimativos de estudios	5
2.2. Estimativos para cuentas de salud y estadísticas sanitarias oficiales.....	6
2.3. Problemas en la medición del GBS con base en encuestas.....	8
3. Revisión crítica de estimativos del gasto de bolsillo en salud de Colombia	9
3.1. Revisión de estudios y mediciones para Colombia.....	9
3.2. Estimativos para Cuentas de Salud (CS)	10
3.3. Problemas y limitaciones de los estimativos.....	10
3.4. ¿Qué se debe medir?	12
3.5. Colombia: estimativos recientes.....	13
4. Elementos para una propuesta de mejoramiento de los estimativos del gasto de bolsillo en salud	15
5. Referencias.....	17
6. Anexos.....	20

Introducción

*“La salud se mide por su ausencia...” Patrick
Kavanagh, poeta irlandés.*

En esta publicación de *Cifras Financieras del Sector Salud* se presenta un análisis resumido de aspectos teórico-conceptuales sobre el gasto de bolsillo en salud (GBS en lo sucesivo) y sus métodos de estimación, a partir de una revisión no exhaustiva de literatura sobre el tema en el ámbito internacional y especialmente regional. El propósito es brindar un contexto que sirva de referencia para sustentar apropiadamente y mejorar, en lo posible, las estimaciones oficiales sobre el GBS en Colombia, presentando una somera descripción de métodos en países que siguen recomendaciones y prácticas internacionales ajustadas a las definiciones y estándares establecidos en los sistemas o metodologías desarrollados por organismos como Naciones Unidas (ONU), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la propia Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para los formuladores de las políticas de salud, contar con estimativos confiables sobre el monto y la composición del GBS es algo verdaderamente relevante, por cuanto les permite dimensionar el problema de los gastos o pagos directos a cargo de los hogares y monitorear su evolución en condiciones de mayor certidumbre. Se considera que dicho gasto puede en sí mismo reflejar desigualdades sociales y potencialmente tener efectos de empobrecimiento sobre una proporción determinada de la población. De este modo, el análisis sobre los factores determinantes y los impactos del GBS se ha convertido en la última década en un desafío para los formuladores de política, especialmente de los países de ingresos bajos y medios, por sus implicaciones en términos de protección financiera de la población.

La evidencia sugiere que una mayor proporción del GBS con respecto al gasto total en salud, normalmente se asocia a un menor nivel de protección financiera.

A partir de los métodos de estimación revisados, especialmente de los países latinoamericanos que se han acogido a las mejores prácticas de estimación del GBS, se han efectuado algunos ajustes a los estimativos recientes de Colombia¹, los cuales se presentan y analizan en la Sección 3 de este documento. Los resultados ajustados muestran mayores valores en términos absolutos pero, en lo esencial, se mantiene la conclusión de que el GBS como proporción del gasto total en salud es uno de los más bajos en el contexto de América Latina (menos del 20%), proporción que se encuentra en el rango recomendado por OMS (entre 15 y 20%) como condición para aspirar a la cobertura universal en salud.

¹ Boletín No. 2 enero-febrero de 2014: Gasto en Salud de Colombia 2004-2011.

1. Elementos conceptuales y definiciones del gasto de bolsillo en salud

Desde la perspectiva de la economía de la salud, el gasto de bolsillo en salud (GBS) se determina a partir de la demanda de salud y del mercado de servicios de salud (oferta y demanda por servicios de salud). Teóricamente, si se considera el caso simplificado de un mercado de servicios de salud en el cual no existe aseguramiento, la oferta y la demanda determinan el precio del servicio de salud, el cual es asumido completamente por el consumidor.

No obstante, cuando hay aseguramiento, la demanda por servicios de salud también depende de éste y, por tanto, en la medida en que un seguro de salud cubre parte del precio de los servicios, el consumidor se enfrenta a un precio (copago) más bajo que lo inducirá a demandar más servicios; así entonces, el impacto del aseguramiento hará que la demanda se vuelva más inelástica y por tanto menos sensible al precio de los servicios de salud, con lo cual el precio de equilibrio cumplirá la función de permitir que el mercado se vacíe. En tal caso el precio estará representado por el GBS. (Grossman,1972).

Asimismo y dado que una característica particular tanto del mercado de aseguramiento como del mercado de servicios de salud es el hecho de que ellos presentan *asimetría de información* (en el primer caso desde el lado de la demanda y en el segundo, desde la oferta), tal situación determina un tipo específico de comportamiento en la interacción entre consumidores, aseguradores y proveedores (selección adversa, riesgo moral e inducción de demanda) que incide en el consumo de servicios y sobre el GBS.

Un aspecto teórico importante es el que se relaciona con la interpretación del papel del GBS en el funcionamiento del mercado. Varios trabajos relevantes en el campo de la economía de la salud han dado lugar a líneas de argumentación a favor y en contra de los pagos directos o de bolsillo (Ministerio de Salud de Chile, 2013)².

² Lo que sigue corresponde a un resumen de la revisión de literatura desarrollada en el citado documento, a partir de conocidos trabajos como los de Van de Ven (1983), Hopkins y Cumming (2001), Newhouse (1993), Murray et al. (2000) y Wagstaff y Van Doorslaer (2002), entre otros; y otros más recientes como los de Kruštilova y Yaya (2012) y Plümper y Newmayer (2012).

En la argumentación a favor, el GBS cumple un rol importante en cuanto a contención de costos, ya que al aumentar la demanda de servicios de salud cuando disminuye el copago y aquella se vuelve más inelástica, el aseguramiento incentiva el sobreconsumo, lo cual a su vez puede dar lugar a un aumento en el precio de los servicios que puede traducirse en un mayor GBS. La cuestión aquí sería entonces determinar un nivel deseable de consumo y adoptar medidas para evitar el sobreconsumo, permitiendo que el copago actúe como un mecanismo de control de costos.

También dentro de la argumentación a favor, pero desde un ángulo de análisis de los pacientes, el copago puede interpretarse como una señal del costo real de los servicios que ellos consumen y de la valoración de su estado de salud. En este sentido, los defensores de los pagos directos o de bolsillo señalan que éstos obligan a los individuos a tomar en cuenta los costos y los beneficios de los diferentes servicios, lo que puede conducirlos a reducir el consumo de servicios innecesarios. Más aún, que la pérdida de bienestar ocasionada por la reducción de servicios disminuye al mínimo, si se reducen aquellos servicios que proporcionan relativamente poca utilidad. En síntesis, los pagos de bolsillo permiten recuperar los costos y mejorar la calidad de los servicios, contribuyendo a guiar la demanda a fin de obtener resultados más eficientes mediante la compra de servicios más costo-efectivos y en cantidades deseables.

Los argumentos en contra del GBS, por su parte, provienen principalmente de algunos trabajos que básicamente resaltan su inconveniencia en términos de eficiencia y equidad. Para un servicio médicamente eficaz el pago de bolsillo es un impuesto sobre los enfermos; de modo que los copagos o costos compartidos tienen consecuencias más adversas entre los enfermos y los pobres. Planteamientos recientes consideran necesario un *trade-off* entre eficiencia y equidad a través del GBS, ya que aunque puede sostenerse que el cobro por servicios podría contribuir a la equidad mediante la reasignación de recursos recaudados hacia los más pobres, la evidencia señala que dicho gasto constituye una barrera de acceso a los servicios de salud, pues al ser un gasto no esperado podría llevar a un hogar a la decisión de no comprar servicios o, de ser inevitable, dejarlo en situación de empobrecimiento.

Otro aspecto importante de análisis es cómo se determina el GBS dentro de un proceso de toma de decisiones de los hogares en relación con la utilización de los servicios de salud (Ministerio de Salud de Chile, 2013). Dicho proceso inicia cuando un individuo que

percibe un problema de salud (necesidad autopercibida), decide luego buscar atención (demanda servicios de salud), lo que no necesariamente equivale a recibir atención (utilización); enfrentando la posibilidad de no recibir atención por cualquier motivo (demanda insatisfecha), en cuyo caso puede optar por obtener el bien o servicio de otro proveedor mediante un pago directo, incurriendo así en el denominado GBS³.

El proceso anterior involucra varias decisiones particulares o específicas, relacionadas con casos como la automedicación, la atención recibida de la medicina complementaria o de curanderos⁴, o atención con formulación de medicamentos que no recibe el paciente y que compra luego en un establecimiento diferente (farmacia) del cual recibió la atención. Del mismo modo, en la decisión de buscar atención de salud (demanda de servicios) pueden intervenir distintos factores tales como el precio de la atención, nivel de ingreso del hogar, nivel educativo, costos en que se debe incurrir (distancia y transporte), tiempo de espera, calidad del servicio, costo de oportunidad del tiempo en buscar atención, etc.

Con todo, existen dos factores de decisión que tienen gran importancia desde el punto de vista de la equidad en el acceso a los servicios, los cuales se relacionan directamente con el precio de la atención (GBS). El primero es cuando la persona decide no demandar servicios o su demanda es menor de la que sería necesaria, debido a precios muy altos, caso en el cual se considera que existe una barrera financiera para el acceso a servicios de salud. El segundo factor puede ocurrir cuando el GBS llegue a ser tan alto que el hogar puede enfrentarse a una situación de empobrecimiento (gasto catastrófico) y que en muchos casos no se puede evitar (Cid, et al, 2006).

Dado el contexto anterior, la cuestión ahora sería ¿cómo aproximarse a una definición del GBS?

Existen varias definiciones sobre GBS⁵. Sin embargo, la más conocida es la planteada en el trabajo de Xu (2005) donde se presenta la metodología desarrollada por OMS

³ Si el bien o servicio se recibe pero no hay pago directo de la persona, puede decirse que el GBS es igual a cero (por ejemplo, si la atención se recibe en virtud de un plan prepago, de la afiliación obligatoria a una entidad de seguridad social, o mediante un subsidio del estado, etc).

⁴ En el trabajo en referencia se adopta una definición amplia de servicios de salud, la cual se incluye tanto los servicios formales como los informales, así como la medicina complementaria o tradicional cuyos servicios son ofrecidos por personas no entrenadas o capacitadas formalmente en medicina. Definición que es importante tener en cuenta para los propósitos de este documento, más adelante en la sección 3.4.

⁵ Entre otras, las desarrolladas en trabajos respaldados por organismos internacionales como el de OIT-OPS (1999), NIDI (2011).

para la estimación del GBS, la cual ha sido acogida también por el Ministerio de Salud de Chile (2013):

“Los gastos de bolsillo engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia de servicios de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial. Es importante señalar que al gasto de bolsillo debe ser deducido algún reembolso realizado por un seguro”.

Esta definición resulta muy útil para establecer criterios y tipos de gastos por bienes y servicios de salud a incluir en la medición del GBS, como se ha hecho para el caso colombiano⁶.

De acuerdo con el propósito de estas notas, también tienen interés aquellas definiciones más de tipo operacional relacionadas con conceptos y métodos de estimación a partir de estándares internacionales, los cuales básicamente corresponden a dos enfoques: uno, el de la Cuenta Satélite de Salud (CSS) en el marco del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) revisión 1993 de Naciones Unidas; y el otro, el Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por su sigla en inglés) versión 2011 de la OCDE.

Según el primer enfoque, la **Cuenta Satélite de Salud (CSS)** constituye una forma de presentar la información del sector salud, teniendo como marco central de referencia el SCN. La delimitación del ámbito de la salud, para elaborar dicha cuenta depende de la organización de los sistemas de salud y de las respectivas unidades institucionales y administrativas, así como de los objetivos de política de los países. En este contexto los hogares son los principales beneficiarios de los servicios de salud prestados por el servicio público de salud, por las instituciones de seguridad social, por las instituciones sin fines de lucro (ISFL) y por el sector privado (Ascues et al., 2005).

La CSS no contempla una presentación explícita del GBS y por ello ha sido necesario un desarrollo conceptual y

⁶ Ver más adelante la Sección 3.4.

metodológico como el propuesto por Debrott (2014) para la estimación del componente denominado consumo efectivo de los hogares (CEH) en productos específicos de la salud (característicos y conexos), partiendo de una distinción importante, introducida en el SCN-1993, entre “los gastos” que llevan a cabo las distintas unidades institucionales que conforman la economía de un país y el “consumo efectivo” que sólo puede materializarse a través de los hogares. Una parte importante del consumo de estos en productos específicos de la salud es un gasto que lleva a cabo el estado a nombre de los hogares. Según este análisis, el concepto de CEH refleja en mejor forma el acceso a los bienes y servicios de salud por parte de la población que los conceptos tradicionales de gasto; es decir, que lo que realmente interesa es determinar cuánto llega finalmente a los hogares en la forma de bienes y servicios sanitarios, y no tanto cuánto se gasta en salud o dimensionar el financiamiento del que dispone el sistema.

De este modo, el consumo total en salud que realizan los hogares está compuesto por bienes y servicios que adquieren en forma directa (GBS) y por bienes y servicios que son financiados y provistos por diferentes esquemas institucionales.

El GBS a su vez está integrado por dos componentes del gasto final: el realizado por los hogares como gasto directo, o sea sin cofinanciamiento de ningún tipo de esquema institucional y los copagos bajo diferentes esquemas de financiamiento. Por tanto, la suma del GBS y de los pagos bajo diferentes esquemas de aseguramiento integran el concepto de gasto de consumo final de los hogares (Debrott, 2014).

El segundo enfoque, conocido simplemente como **SHA-2011**, establece igualmente una delimitación de los servicios de salud, a partir de una clasificación funcional según la cual “se consideran todas las actividades cuya finalidad principal sea la mejora, mantenimiento y prevención del deterioro en la salud de las personas y mitigar las consecuencias de la enfermedad mediante la aplicación de conocimientos cualificados (médicos, paramédicos y de enfermería, incluyendo la medicina tradicional, complementaria y alternativa)” (OECD *et al.*, 2011).

De acuerdo con dicha finalidad principal, se consideran las siguientes actividades:

- Promoción y prevención de la salud
- Diagnóstico, tratamiento, cura y rehabilitación de la enfermedad

- Atención de personas afectadas por enfermedades crónicas
- Atención de personas con discapacidades o impedimentos
- Atención paliativa Programas de salud a la comunidad
- Gobernanza y administración del sistema de salud

Con el mismo propósito de fijar límites globales, se define el marco contable central y ampliado del SHA, cuya estructura responde a la idea de un sistema triangular o de tres ejes enlazados en cuyos ángulos se identifican las clasificaciones internacionales de cuentas de salud (ICHA)⁷ de esquemas de financiamiento (HF), de funciones de atención en salud (HC) y de provisión de servicios (HP) (OECD *et al.*, 2011).

La segunda clasificación mencionada (HC) corresponde a su vez a la función de consumo de servicios de salud donde se registra el gasto en salud; de modo que en el enlace de financiamiento a funciones de atención de servicios (consumo) se expresa la relación bidimensional básica de las CS: gasto-financiamiento en salud, o sea la forma como se financia el gasto en atención de salud. Sin embargo, dado que dicho gasto corresponde a una clasificación funcional de atención de los servicios, no hay tampoco, como en el enfoque anterior, una presentación explícita del GBS, sino que este se identifica desde la clasificación de los esquemas de financiamiento de la salud (HF), específicamente bajo la categoría de gasto directo de los hogares (código HF.3), la cual agrupa a su vez los gastos directos excluidos los costos compartidos (HF.3.1), o sea los pagos directos o de bolsillo propiamente dichos, y los costos compartidos con terceros o copagos (HF.3.2).

Dicho gasto se considera entonces parte del financiamiento de los hogares al sistema en la forma de pagos directos netos de reembolso⁸.

De acuerdo con el SHA-2011, ese gasto representa los pagos directos efectuados por las personas sobre el ingreso principal del hogar o los ahorros, los cuales se efectúan al momento de utilizar los servicios e incluyen los costos compartidos (copagos) y los pagos oficiales, tanto en efectivo como en especie (OECD *et al.*, 2011).

⁷ Por sus siglas en inglés, lo mismo que las tres siguientes en el texto.

⁸ No todo pago realizado se contabiliza siempre como un pago directo, puesto que puede ser objeto de reembolso de un seguro voluntario o de una transferencia en efectivo del gobierno o de una ONG extranjera o del país.

Con base en la misma clasificación HF el gasto privado total en salud resulta entonces de sumar al gasto directo de los hogares (HF.3) lo correspondiente a los esquemas de pagos voluntarios de atención de la salud (HF.2), representados éstos a su vez en los esquemas de financiamiento de los seguros médicos voluntarios (HF.2.1), de las instituciones sin fines de lucro (ISFL-HF.2.2) y de las empresas (HF.2.3).

Por último, cabe mencionar que los conceptos y clasificaciones recogidos en el SHA 2011, no solamente en cuanto al GBS sino desde la perspectiva más amplia del gasto y el financiamiento en salud, significan cambios y ajustes, en algunos casos importantes, con respecto a los contenidos en los manuales y guías anteriores que tuvieron influencia en la orientación de las cuentas de salud en los distintos países, especialmente en los trabajos de OMS (2000), OECD (2001) y OMS (2004).

2. Descripción general de los métodos de estimación

En relación con los métodos de estimación del GBS hay que distinguir dos niveles: uno que tiene que ver con diversos estudios sobre factores determinantes e impactos del GBS; y el otro que corresponde a la estimación y medición del GBS para las cuentas en salud (CS) y las estadísticas sanitarias oficiales de los países, con base en metodologías o estándares internacionales.

2.1. Estimativos de estudios⁹

Las primeras estimaciones sobre GBS en América Latina, a fines del siglo pasado, correspondían a estudios que incluían supuestos sobre consumo de medicamentos y de algunos servicios provistos por el sector privado debido a que para dicho sector los datos eran frecuentemente escasos y poco confiables; tales estimaciones eran muy globales pero en la medida en que se pudo disponer de más datos fueron asimismo más específicas (Tobar, 2000). En la última década los estudios han evolucionado, como en el caso de Chile, hacia la utilización de dos tipos de fuentes: registros más robustos, sobre todo del sector privado, y datos de encuestas de hogares y de las cuentas nacionales (SCN), con criterios más sólidos de análisis (Ministerio de salud de Chile, 2013).

El recurso principal de análisis de los trabajos sobre la determinación de causas e impactos del GBS son las encuestas de hogares de ingresos y gastos (también conocidas como encuestas de presupuesto familiar en Chile y Brasil), las cuales frecuentemente se complementan con otras fuentes como las encuestas nacionales de salud o de seguridad social en salud, para establecer, por ejemplo, la proporción del gasto en medicamentos por quintiles y por eventos de atención (ambulatoria y hospitalaria), ingreso y gasto en salud del hogar, y otras variables como cobertura del seguro social u otros seguros voluntarios, edad del jefe de hogar, nivel educativo y otras variables asociadas a condiciones de vida. Algunos estudios aplican modelos econométricos para analizar características de los hogares que enfrentan mayores gastos de bolsillo o modelos de regresión logísticos al gasto catastrófico en salud.

⁹ Los trabajos reseñados en seguida no responden a una revisión exhaustiva y el criterio de inclusión es básicamente su amplia referencia dentro de la literatura especializada en la región.

En esta línea, varios estudios han abordado el análisis de la incidencia de los GBS, y particularmente de los gastos catastróficos para varios países de la región, especialmente en términos de sus efectos empobrecedores en la población.

Dos estudios para México de Knaul et al (2005a y 2005b), sugieren que la implantación del seguro popular con miras al aseguramiento universal, en sistemas de aseguramientos estratificados y excluyentes y con determinadas formas de provisión de servicios, reducen la incidencia de los gastos catastróficos en salud, aun cuando las mejoras no siempre benefician a la población de menores recursos. Los estudios utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2000, y de la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud (ENAGS) 2001 y adicionalmente, cálculos basados en proyecciones de la extensión del seguro popular de salud bajo diferentes escenarios de cobertura y de reducción del GBS entre la población no asegurada.

Otro estudio para Argentina (Cavagnero et al., 2006) explora un período específico -segunda mitad de los años noventa del siglo pasado- de cambios institucionales en el sector salud y sus impactos en la utilización de los servicios y los pagos de bolsillo catastróficos en la población. El estudio concluye que el riesgo de incurrir en gasto catastrófico es mayor en hogares de bajos ingresos, en los cuales existen adultos mayores no asegurados o asegurados con seguros de cobertura limitada que comportan altos copagos y en los que algunos de sus miembros enfrentan enfermedades crónicas o eventos hospitalarios. Para dicho estudio se utilizaron dos diferentes encuestas con representatividad nacional y regional: la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGH) de 1996-1997 y la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 1997, de modo que la información sobre gasto global de los hogares se complementa con información específica de hogares por quintiles de ingresos y gastos y por grupos de edad, incluyendo la utilización de instalaciones de salud y categorías de cobertura de seguro.

Por su parte, el estudio de Peticara (2008) examina la incidencia del GBS en siete países latinoamericanos: Argentina, Chile, Brasil, Colombia, Ecuador, México y Uruguay. Para analizar el GBS se utilizaron encuestas de hogares de ingresos y gastos o encuestas similares, las cuales no obstante revelaban problemas de homogeneidad, pues mientras unas tenían representatividad nacional, otras eran solo urbanas y otras se circunscribían a la capital del país o a las capitales de los estados; además de presentar diferencias

en cuanto a los períodos analizados (1994-1997 en unos casos y 2003-2004 en otros), lo cual restringe las comparaciones entre países. El estudio señala tres características que aumentan la incidencia de los gastos de bolsillo en los países: jefe de hogar mayor de 65 años, eventos hospitalarios y presencia de adultos mayores; asimismo que los gastos catastróficos se asocian a eventos hospitalarios, por lo cual se presentan distintas razones de gasto catastrófico a capacidad de pago que diferencian a los países, pues mientras que para Chile y México tal razón puede crecer entre 5 y 6 veces; para el grupo de Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador lo hace entre 2 y 3 veces, llegando a crecer apenas en 20% en el caso de Uruguay.

Para el caso de Chile, vale la pena mencionar dos estudios recientes. El primero, de Cid y Prieto (2012) analiza el GBS con base en las encuestas de presupuesto familiar (EPF) de 1997 y de 2007. Entre sus principales resultados se mencionan: un crecimiento del GBS promedio mensual, entre ambas encuestas, en un 40% aunque como porcentaje del gasto total del hogar se mantuvo constante; un mayor aumento en el gasto de bolsillo de los pobres con respecto al de los ricos; una mayor participación del gasto en medicamentos (55%) en el total del GBS, siendo asimismo proporcionalmente más importante en los quintiles de menores ingresos; e identificándose como principales determinantes de ese gasto la presencia de menores de 5 años edad y de mayores de 65 años en los hogares.

El otro estudio es el de Bitrán y Muñoz (2012), el cual estima el gasto catastrófico con base en la Encuesta Nacional de Seguridad Social en Salud (ENSGS) 2005, calculando su probabilidad y determinantes según metodología OMS y utilizando un umbral del 40% de la capacidad de pago de los hogares. El GBS estimado representa el 47% del gasto total en salud, siendo sus principales componentes los insumos y medicamentos (45%) y los pagos por consultas médicas (19%); y en cuanto al análisis por quintiles, se registra un mayor gasto en los quintiles más ricos (lo que podría deberse a mayores niveles de utilización y precios más altos del sector privado). Otro resultado importante de este estudio es que un 6.4% de la población incurre en gasto catastrófico, con efectos de empobrecimiento.

2.2. Estimativos para cuentas de salud y estadísticas sanitarias oficiales

De acuerdo con Rannan-Eliya y Lorenzoni (2010), dentro de la nueva orientación de las cuentas de salud (SHA), para la estimación del GBS se utilizan cuatro métodos: (i) información derivada de las encuestas de hogares;

(ii) estimación indirecta de las encuestas de hogares en función del consumo de los hogares; (iii) estimación indirecta resultado de la triangulación y la integración de datos de diferentes fuentes de información, que no necesariamente se deriven de las encuestas de hogares; y (iv) uso de estimaciones de gasto de los hogares detallados en las cuentas nacionales (SCN). Según los autores, en la actualidad es difícil evaluar la prevalencia de cada uno de estos enfoques dentro de las metodologías utilizadas por los países, ya que la información publicada de CS no indica en la mayoría de los casos las fuentes de datos y métodos utilizados.

En América Latina son pocos los países que emplean métodos de estimación del GBS teniendo en cuenta prácticas recomendadas internacionalmente. México y Brasil utilizan un procedimiento similar consistente en la proyección de un año base del GBS, a partir de información de consumo y gasto en salud de los hogares del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) o de las CS para estimar el GBS de un año determinado, al cual luego se le aplica un factor que corresponde a la elasticidad del gasto en salud con respecto al consumo privado de los hogares (esto es, la elasticidad del gasto en salud con respecto al gasto de los hogares en los demás bienes), determinándose así el valor del GBS del año base (Ministerio de Salud de Chile, 2013)¹⁰.

En el caso de México se utilizó la información del gasto en salud y del consumo privado de los hogares del SCN para los años el 1998-2001. Como GBS de los hogares se tomó el gasto conformado por tres rubros: productos medicinales y farmacéuticos; servicios médicos y paramédicos no hospitalarios; y servicios hospitalarios. Para el año 2001 a dicho gasto se le sumó el gasto en seguros médicos voluntarios, cuya fuente corresponde a los registros de la Asociación Mexicana de Instituciones de Salud (AMIS), para obtener el gasto privado total en salud de ese mismo año. Con ese gasto se consolida luego el gasto nacional en salud y se distribuye por entidad federativa (estados) con base en la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño (ENED). El GBS para el año base 2002 se obtuvo multiplicando el GBS de 2001 por un factor de corrección representado por la elasticidad del GBS con respecto al consumo privado de los hogares, que sencillamente expresa cómo cambia el gasto en salud de los hogares cuando cambia el consumo privado total de los mismos.

¹⁰ También Australia tiene un método similar de cálculo, con estimaciones para 2002-2003 como año base y estimativos más actualizados para 2009-2010, pero en vez de elasticidad el factor de corrección corresponde al incremento en los costos de servicios incluidos en la medición e incrementos en población con cobertura adicional.

En el caso de Brasil el dato de GBS de los hogares se toma directamente de la cuenta satélite de salud (CSS), la cual está muy articulada a las cuentas nacionales (SCN) a cargo del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)¹¹. La estimación del GBS se hace a partir de la encuesta de gasto de los hogares, la cual permite cuantificar el gasto de los mismos en todos los bienes, incluyendo la salud. Como el gasto en planes privados (salud suplementaria) no se calcula en la CSS, su estimación se hace con datos obtenidos de otra dependencia (la Oficina de Declaración de Desarrollo Económico y Fiscal) y para los años que los datos no estaban disponibles en dicha dependencia, el valor de producción se estimó con base en datos de Agencia Nacional de Salud (ANS).

El consumo anual final de los hogares en el SCN de Brasil tiene como principal fuente de información, la Encuesta de Presupuestos Familiares (POF por su sigla en portugués), con base en la cual es posible estimar cuánto gastan en cada producto las familias de todo el país y particularmente en salud, cuánto gastan en servicios médicos, medicamentos y otros productos. No obstante, como no es una encuesta anual se optó por definir un método de consumo proyectado, para lo cual se utilizaron datos de ingresos de la Encuesta Nacional de Hogares (PNAD, por su sigla en portugués), otra fuente importante de información. El ejercicio incluye la realización de la prueba de elasticidad para determinar si los datos de volumen y precio son consistentes.

Chile, por su parte, ha avanzado una propuesta metodológica de cálculo del GBS, siguiendo los métodos de Brasil y México, considerando como fuente principal de información la Encuesta de Presupuesto Familiar (EPF). Según la propuesta, en primer lugar se debe proceder a calcular el GBS de los hogares con base en la EPF de 2007. Para el cálculo del GBS de las áreas urbanas, dicho gasto se expande poblacionalmente, de acuerdo con la población reportada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de ese año; para las áreas rurales, el GBS *per cápita* estimado en la EPF se multiplica por la población rural reportada por el INE para 2007, expandiendo así dicho gasto. No obstante, como los ingresos de las áreas rurales son frecuentemente menores que los de las áreas urbanas, y dado que se utiliza el GBS *per cápita* para las grandes ciudades, dicha cifra debe ser ajustada por ingresos tomando un

¹¹ Estados Unidos estima igualmente un GBS agregado en la Cuenta Satélite de Salud (NHAE por su sigla en inglés), el cual luego se desagrega o distribuye utilizando diferentes fuentes y encuestas, las cuales también inciden en la determinación de otros parámetros que influyen en los cálculos del gasto en general y del GBS en particular.

promedio de razones entre el ingreso autónomo de los hogares rurales sobre el ingreso autónomo de los hogares urbanos por *decil* de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional de Chile (CASEN) (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

2.3. Problemas en la medición del GBS con base en encuestas

Los estimativos del gasto privado en salud constituyen una de las principales limitaciones para las comparaciones internacionales, debido principalmente a la falta de registros e información administrativa de los proveedores, por lo cual se recurre a las encuestas de hogares (OECD et al., 2011). Asimismo, dentro del gasto privado, los estimativos del GBS frecuentemente son fuente de discusión por las distorsiones que pueden presentarse por el margen de error y nivel de confianza que son inherentes a la metodología de levantamiento de información tipo encuesta.

Rannan-Eliya y Lorenzoni (2010), al evaluar la utilización de encuestas de hogares identifican cuatro tipos de problemas:

(i) Por error de muestreo en las encuestas (error muestral), lo cual se relaciona con la representatividad de la muestra de individuos con respecto a la población total de un país (diseño muestral), o cuando no están debidamente representadas todas las poblaciones con permanencia en instituciones como hospitales, asilos y prisiones entre otros y ellas pueden afectar de manera importante el promedio de gastos de salud. Las encuestas que en su diseño utilizan la estratificación, pueden reducir el error de muestreo, variable que no puede aplicarse a los componentes de salud. Otro tipo de error de muestreo puede surgir cuando hay una variación estacional significativa en el uso de servicios y gasto en salud y además la muestra no está diseñada para recopilar datos de todos los períodos en el año. Asimismo, el impacto del error de muestreo también podrá ser mayor para los gastos que son menos frecuentes o no son tan variables entre los individuos, así como para los gastos que son una proporción menor del total del gasto en salud o cuando el período de referencia utilizado en un estudio es más corto. Este tipo de error tenderá a disminuir con el aumento del tamaño de la muestra de la encuesta.

(ii) Por la existencia de sesgos derivados de errores no muestrales, uno de los problemas que en la práctica más afecta la fiabilidad y comparabilidad de las estimaciones de las cuentas de salud. Los sesgos resultantes se asocian a la mayoría de las encuestas bien por defectos en el

diseño y la aplicación de la encuesta o debido a las limitaciones inherentes al comportamiento humano al responder a las preguntas de la encuesta: las personas no son capaces o no quieren recordar con precisión exactamente lo que hicieron en el periodo de referencia de la pregunta; pueden dejar de recordar correctamente el número de veces que un evento ocurrió en el período; o sencillamente, por alguna razón deliberada, no informan correctamente la cantidad real de los gastos correspondientes a un evento en particular. Igualmente, la mayoría de las encuestas por razones prácticas pueden depender de un *proxy*¹², lo que es normal en la mayoría de las encuestas cuando se trata de niños, ya que se espera que el adulto proporcione dicha información.

(iii) La periodicidad y continuidad en la aplicación anual de la mayoría de las encuestas de hogares. Las encuestas de hogares son costosas para llevar a cabo y, en consecuencia, en la mayoría de los países no se realizan anualmente. Igualmente, el procesamiento y análisis de la información toma un tiempo adicional lo que conduce a que los resultados no estén disponibles en el corto plazo. La no disponibilidad de datos de la encuesta de hogares sobre una base anual tiene importantes implicaciones en un sistema de cuentas de salud. Si el sistema se basa de manera predominante en estos datos para estimar el GBS, la falta de información hace que sea muy difícil producir estimaciones significativas y con la periodicidad requerida.

(iv) Problemas asociados con los límites de la información de las encuestas de hogares. Hay una serie de gastos de los hogares para la salud que a veces son de interés, pero que se sitúan fuera de los límites de lo que se considera gasto en salud, esto es, gastos no especializados que realizan los hogares en transporte del paciente, el uso del tiempo y los servicios no reembolsables para la atención en salud y enfermería. En las mediciones internacionales, estos gastos no se contabilizan en el marco de las CS¹³. En el caso de gastos en que incurren los hogares para viajar a los centros de salud, normalmente no se incluyen a menos que involucren el uso de equipo de transporte especializado, tales como ambulancias, o si hay un programa especial para reembolsar al paciente los gastos de viaje.

Lu *et al.* (2009), por su parte, advierten sobre la dificultad de establecer la validez, disponibilidad y comparabilidad de la información del GBS obtenida mediante métodos

¹² Individuos que proporcionan información en nombre de otros que no son entrevistados directamente.

¹³ Los autores se refieren explícitamente a los límites del marco de análisis de la metodología SHA.

disparidad de estimación y cómo otros estudios sobre la fiabilidad y validez de datos de gasto totales han resaltado al menos dos factores que influyen en los resultados: el número de categorías de gasto utilizadas (con un rango muy variable) y el período de referencia. El estudio utilizó dos encuestas de hogares (Encuesta de Salud Mundial y el Estudio de Medida del Nivel de Vida, ambas de OMS) que preguntaban lo mismo acerca del gasto en salud pero de diferente manera, para explorar dos fuentes de tendencia potencial respecto de los dos factores mencionados. Los resultados señalan que las estimaciones de gasto en salud en el mismo año, generadas por distintas encuestas, pueden variar enormemente y que dichos estimados son sensibles al diseño instrumental de la encuesta y muestran que a menor número de preguntas relacionadas, menor la estimación del GBS promedio; en tanto que a menor período de referencia mayor la estimación de GBS. Sin embargo, el estudio no logra determinar cuál de esos efectos predomina.

3. Revisión crítica de estimativos del gasto de bolsillo en salud de Colombia

3.1. Revisión de estudios y mediciones para Colombia

No son muchos los estudios realizados durante la última década sobre incidencia y factores determinantes del GBS y los gastos catastróficos en salud y sus efectos empobrecedores en el caso de Colombia. Varios de ellos son parte de análisis multipaíses y de carácter comparativo como los de Flórez *et al.* (2012, Knaul *et al.* (2011), Flórez *et al.* (2010), Peticara (2008), Naciones Unidas (2008), Bitrán *et al.* (2004) y Baeza y Packard (2007); aunque también hay estudios específicos o de caso como los de Amaya y Ruíz (2011) sobre Bogotá y de Gil *et al.* (2011) sobre la región central de Colombia; y otro de Melo (2007) de carácter metodológico descriptivo más general.

Sobre el perfil de consumo de los hogares colombianos por bienes y servicios de la salud y la probabilidad de enfrentar gastos catastróficos y situación de empobrecimiento, está el trabajo pionero de Ramírez *et al.* (2002) y otros dos de alcance regional como son los de Pérez y Silva (2015) y Alvis *et al.* (2007).

Sobre el tema de evolución de la equidad, a partir de la distribución del GBS por quintiles, están los trabajos de Flórez *et al.* (2007) y de Castaño *et al.* (2001); y también hay estudios de carácter descriptivo que incluyen estimativos de GBS para años determinados como el de Fedesarrollo (2012) sobre sostenibilidad financiera del sistema colombiano de salud y el de Guerrero *et al.* (2012) que trata específicamente sobre aspectos de medición del GBS y da cuenta del monto y composición de dicho gasto para los años 2008, 2010 y 2011. También la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2007 incluye un estimativo de GBS (Cendex-Ministerio de la Protección Social / PARS, 2007).

En cuanto a las fuentes de información, la mayoría de estudios utilizaron las encuestas de calidad de vida (ECV), módulos de salud, de varios años; unos pocos –Pérez y Silva (2015), Peticara (2008) y Naciones Unidas (2008)– utilizaron la Encuesta Nacional de Hogares Ingresos y Gastos (ENHIG) del DANE de 2006-2007; y solamente dos –Amaya y Ruíz (2011) y Alvis *et al.* (2007)– utilizaron otras fuentes de información.

3.2. Estimativos para Cuentas de Salud (CS)

El Ministerio de Salud y Protección Social tiene a su cargo la actualización de las series anuales de gasto total (público y privado) en salud, a partir de la metodología del trabajo de Barón (2007). El proceso general de producción y disponibilidad de resultados supone dos períodos: uno de 1993 a 2003 y el otro a partir de 2004, aunque cabe mencionar que recientemente se han efectuado algunos ajustes a las series del período inicial, con el fin de disponer de una serie homogénea desde el año 1993 y armonizada con los criterios de clasificación de OMS.

En lo que se refiere al GBS, se han realizado estimaciones para ocho años con base en las siguientes encuestas: Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del DNP-Misión Social de 1993; Encuesta de Calidad de Vida del DANE de 1997, Encuesta de Hogares del DANE de 2000 y encuestas de calidad de vida del DANE para los años 2008, 2010, 2011 y 2014. Para el resto de años, o sea para los cuales no se contó con información de encuestas, y con el propósito de completar la serie, se ha utilizado un método estadístico de interpolación, aplicado inicialmente en el campo de la geoestadística, conocido como Kriging universal (Barón, 2007)¹⁴.

De otro lado y como parte del desarrollo de una Cuenta Satélite¹⁵, el DANE estructuró una cuenta denominada Cuenta Intermedia de Salud (CIS), mediante la cual se obtuvieron resultados para el período 2000-2005, los cuales se presentan bajo una cuenta de ingresos, gastos y financiamiento de las actividades de salud en 13 cuadros que muestran las transacciones u operaciones utilizando los conceptos y denominaciones de los agentes ligados al SGSSS: empresas o entidades administradoras por regímenes de afiliación a salud (contributivo y subsidiado), FOSYGA y entes territoriales, prestadores de servicios de salud; incluyendo además, administradoras de riesgos profesionales y compañías de seguros privados. El cuadro No. 13 gasto en el acceso a los servicios de salud, muestra el financiamiento de los servicios a través de los distintos sistemas y allí puede identificarse lo que corresponde a las compras directas

¹⁴ Véase particularmente el Anexo I: Aspectos metodológicos de la estimación del gasto de bolsillo, pp. 174-179.

¹⁵ Inicialmente la idea era desarrollar una cuenta satélite para el sistema de seguridad social integral, incluyendo pensiones, riesgos profesionales y salud; pero posteriormente se limitó a establecer el enlace entre la función de los agentes y las definiciones y conceptos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y su representación en términos de las Cuentas Nacionales (SCN).

de los hogares (o GBS) en la intersección de la fila hogares con la columna salud por cuenta propia¹⁶.

Como complemento de este segundo enfoque, habría que mencionar el estudio de Debrott (2014), el cual hace unas estimaciones sobre el consumo efectivo de los hogares (CEH) y analiza los resultados para seis países latinoamericanos. En el caso de Colombia, el estimativo del CEH se basa en resultados del consumo final de los hogares en salud de las Cuentas Nacionales de 2008, pero dado que no fue posible obtener de allí una desagregación adecuada por productos específicos ni para grupos de ellos, se utilizó la estructura de información de las Encuesta de Hogares de Ingresos y Gastos del DANE de 2006-2007, previa compatibilización con las Cuentas Nacionales. Dicha estructura de gasto aparece conformada por productos farmacéuticos, servicios médicos de carácter ambulatorio, servicios médicos, servicios paramédicos, servicios hospitalarios, seguros de enfermedades y accidentes y resto. Desde el lado de los sectores institucionales y específicamente al interior del gasto del consumo final de los hogares, la parte atribuible al GBS se estimó en \$ 8.4 billones aproximadamente, lo que representa el 35.4% del CEH en productos de la salud de ese año.

Aparte de los dos enfoques anteriores, es preciso mencionar que en Colombia se viene trabajando desde finales de 2012, por parte de un grupo interinstitucional DANE-Ministerio de Salud y Protección Social, en la adaptación e implantación de la metodología SHA-2011, cuyos primeros resultados, seguramente aún parciales y preliminares, se estarán conociendo a finales de 2015. Con esta metodología, aún no se tiene establecido un método específico de estimación del GBS.

3.3. Problemas y limitaciones de los estimativos

Lo primero que habría que señalarse es que la mayoría de estudios no plantean explícitamente qué se considera como GBS ni cuáles son los conceptos o rubros de gasto que incluyen en sus mediciones; algunos incluso acusan una confusión en cuanto al concepto de gasto privado, como si este fuera todo GBS, lo que se revela por ejemplo cuando en algunos casos se mencionan los pagos por concepto de pólizas de seguros voluntarios como parte del GBS. Si se tiene en cuenta además que

¹⁶ Se pueden consultar en:

<https://www.dane.gov.co/index.php/esp/cuentas-economicas/cuentas-satelite/95-cuentas-nacionales/cuentas-satelite-/2840-cuenta-intermedia-de-la-salud>

los estudios plantean diferencias en cuanto a criterios técnicos para los cálculos, la consecuencia de todo ello es la difusión de resultados o datos muy diferentes, incluso cuando provienen de una misma fuente de información.

Como una muestra de lo anterior, en el Cuadro 1 se incluyen algunos estimativos de estudios reseñados anteriormente.

Cuadro 1. Colombia: estimativos recientes del Gasto de Bolsillo en Salud
(Millones de pesos)

Autor / Trabajo	Último año	GBS	(GBS/PIB)
	estimado	(Millones \$)	%
Min. Salud y Protección Social (2015)	2014	8.361.233	1,1
Guerrero et al. (2012)	2011	14.343.955	2,3
Debrott (2014)	2008	8.382.109	1,7
Fedesarrollo (2012)	2008	6.513.884	1,4
Cendex, Min. Protec. Social - ENS (2007)	2007	8.367.888	1,9
DANE CIS-CSS	2005	3.847.881	1,1

Fuente: elaboración propia, con base en diseño Tabla 4 de Guerrero et al. (2012)

Adicionalmente, es preciso mencionar los problemas derivados de las propias encuestas, especialmente las que sirvieron de fuente de información para los estimativos del GBS del período 1993-2003. Un ejemplo claro fue lo ocurrido con las encuestas de calidad de vida del DANE de 1997 y 2003. La ECV de 1997, tal vez una de las más completas de las que se han aplicado para el sector salud en Colombia, incluyó con un buen nivel de detalle, los rubros de consulta médica, tratamiento odontológico, hospitalización, vacunas, medicamentos, laboratorio clínico, transporte (ambulancia), terapias médicas y pagos por concepto de lentes, aparatos ortopédicos y otros. Por su parte, la ECV de 2003 introdujo cambios significativos al agrupar conceptos en una sola pregunta, que era conveniente haber dejado por separado (consulta médica u odontológica, cuotas moderadoras, exámenes, terapias y medicamentos) y algo muy importante: generó confusión al preguntar sobre las fuentes utilizadas para cubrir costos de hospitalización o consulta médica y dado que una persona podía utilizar más de una fuente, por ejemplo SOAT y recursos propios, estos últimos no se podían diferenciar totalmente de los demás recursos (Melo, 2007).

De este modo, al introducirse cambios en las preguntas y en el detalle de conceptos de gasto, se generaron sesgos que sin duda incidieron en una importante subestimación del GBS para el último año mencionado, presentándose de hecho un marcado contraste entre el valor estimado más alto del GBS registrado para 1997 y el más bajo para 2003, durante el período 1993-2003 (Barón, 2007).

Las encuestas más recientes (2008, 2010, 2011 y 2014) guardan consistencia en la medida en que para las tres primeras se mantuvieron las mismas preguntas y los conceptos de gasto, cuyo nivel de detalle podría considerarse adecuado. Sin embargo, la ECV de 2014 fue objeto de tres cambios en las preguntas que, al menos en uno de los casos da lugar a subestimación de resultados.

A continuación se describen los cambios introducidos:

- i) Se suprimió la pregunta: *“Durante los últimos 30 días tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado ni hospitalización ni urgencia?”*, la cual más adelante se vinculaba con la pregunta: *“¿Cuánto pagó en total por esta última atención en salud?”*. En principio, la supresión de esta pregunta estaría justificada dada la eventualidad de duplicidad o doble conteo con otras dos preguntas específicas sobre consulta médica y consulta o tratamiento odontológico, las cuales se mantuvieron en la ECV 2014.

- ii) Inexplicablemente se excluyeron las dos preguntas relacionadas con copagos y cuotas moderadoras: *“...realizó pagos por: 1. ¿bonos o cuotas moderadoras? 2. ¿copagos y bonos de medicina prepagada?”*. Esta exclusión en cambio no se justifica, pues si bien los pagos por estos conceptos representan una proporción baja del GBS, es importante contar con tales datos para efectos de análisis del financiamiento del sector salud. Si el argumento era la posibilidad de duplicidad con la pregunta relacionada con los pagos realizados por cirugías ambulatorias o procedimientos ambulatorios, donde se solicita incluir copagos y cuota moderadora, los resultados para 2014 en este rubro no permiten deducir algo claro en tal sentido. Así entonces, tal vez será necesario obtener los datos faltantes de otras fuentes (Superintendencia Nacional de Salud, por ejemplo) lo que plantea problemas de consistencia y de confiabilidad por la disparidad de los registros de información.

- iii) La pregunta: *“...realizó pagos por medicamentos o remedios”* se modificó por esta otra: *“... realizó pagos por: fórmulas médicas o compra de medicamentos consumidos regularmente”*,

integrándose a ésta la pregunta sobre compra de medicinas consumidas regularmente de la Sección K Gasto de los Hogares de la misma encuesta.

Aparte de los problemas derivados de las encuestas, es preciso indicar también que uno de los puntos débiles de los estimativos de GBS obtenidos con la metodología de CS del Ministerio de Salud, es el que se relaciona con el método estadístico de interpolación (Kriging) utilizado para estimar los valores para los años en que no se aplica la encuesta. En realidad se trata de un recurso sobre el que se advirtieron sus limitaciones desde un comienzo, pues su capacidad predictiva se restringe debido al hecho de obtener un número mayor de estimaciones con un número reducido de datos observados disponibles (Barón, 2007). Pero más allá de lo meramente estadístico, este procedimiento debe superarse adoptando un método más apropiado como el que han seguido otros países, partiendo de una estimación confiable del GBS para un año base a partir, por ejemplo, de una encuesta muy robusta, la cual se iría actualizando anualmente con base en datos obtenidos de las Cuentas Nacionales y de otras fuentes de información, incluyendo cruces o conciliaciones con registros de proveedores privados.

Por último, vale la pena señalar que sobre el procedimiento empleado en algunos estudios como el de Debrott (2014) consistente en efectuar ajustes de ingresos o gastos en encuestas de hogares para asimilarlas a las Cuentas Nacionales (SCN), existe un debate sobre si este tipo de ajustes es pertinente o no y los sesgos que puede producir. Al respecto no hay mayores referentes en el ámbito internacional y realmente no hay una razón clara para suponer que los registros de ingresos o gastos de las Cuentas Nacionales sean mejores a superiores a las encuestas de hogares (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

3.4. ¿Qué se debe medir?

A partir de la definición de la OMS (Xu, 2005), los tipos de gastos efectuados por parte de las personas o de los hogares para recibir directamente un bien o servicio de salud, y que deberían incluirse en la estimación del GBS, serían los siguientes:

- Honorarios médicos
- Compras de medicamentos con fórmula o sin ella (automedicación)
- Atención hospitalaria

En relación con el servicio adquirido éste ha de considerarse independientemente de si se trata de un servicio en un establecimiento formal (clínica, hospital, farmacia, consultorio) o informal (medicina complementaria) y siempre deduciendo del gasto cualquier reembolso.

Para el caso de Colombia, los conceptos anteriores incluirían en cada caso los siguientes rubros específicos de gasto:

- En honorarios médicos: consultas médicas, consultas o tratamientos odontológicos, laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico, rehabilitación o terapias y terapias alternativas.
- En compras de medicamentos: medicamentos con fórmula, medicinas consumidas regularmente o remedios y artículos de botiquín.
- En atención hospitalaria: hospitalizaciones, cirugías ambulatorias o procedimientos ambulatorios y vacunas.

En la definición no se menciona explícitamente un concepto que dé cabida al gasto en elementos ortopédicos, dispositivos, lentes, audífonos y otros, pero sin duda, estos ítem son inherentes al concepto mismo de bienes y servicios de salud por los cuales los hogares al pagar directamente a un proveedor como resultado de recibir una atención en salud, incurren en pagos de bolsillo, por lo cual se incluyen sin mayor dificultad en las estimaciones del GBS del Ministerio de Salud.

Resulta claro que en nuestro caso, los copagos y cuotas moderadoras para acceso a los servicios del plan de beneficios del SGSSS, así como los copagos y bonos de los servicios de medicina prepagada, son parte del GBS.

En cambio, no forman parte del GBS los gastos de transporte (excepto en ambulancia), aunque en la decisión de una persona de buscar atención o de adquirir un bien o servicio éste haya sido un factor determinante. En el caso colombiano se ha discutido si al menos debería considerarse el gasto de transporte en las áreas rurales y, sobre todo, de poblaciones remotas y de difícil acceso, donde el servicio de ambulancia sencillamente es imposible. En las mediciones del GBS del Ministerio de Salud el gasto de transporte no se incluye atendiendo las recomendaciones y prácticas internacionales establecidas no sólo por OMS para la estimación del GBS,

sino también respecto de la definición vigente del gasto en atención en salud (OECD *et al*, 2011)¹⁷.

Tampoco se deben incluir en las estimaciones del GBS los pagos por concepto de artículos de aseo personal. En el caso colombiano se ha discutido asimismo, si el gasto por concepto de pañales, toallas y similares debe considerarse como parte del GBS y la conclusión de nuevo, a la luz de las definiciones y criterios de medición del GBS, es negativa; por lo cual tampoco se incluye este tipo de gasto en las estimaciones del GBS del Ministerio de Salud. En cambio sí se deben incluir los artículos de botiquín y las medicinas consumidas regularmente, rubros que en las ECV de 2008, 2010 y 2011, pueden obtenerse de la sección de gastos de los hogares.

En estos criterios de inclusión y exclusión estriban principalmente las diferencias de las mediciones de GBS a las que se aludió anteriormente, incluso cuando se utilizan las mismas fuentes de información. Guerrero *et al* (2012), por ejemplo, a partir de las mismas encuestas (ECV) incluyen el gasto total de transporte para ir al sitio de atención y el gasto en artículos de aseo personal, cuya suma da un monto mensual de \$ 561.4 miles de millones, lo cual representa el 46.9% del total del GBS estimado para 2011 en su trabajo. Es decir, que casi la mitad del monto total estimado no corresponde a GBS.

3.5. Colombia: estimativos recientes

En el Cuadro A-1 se presentan las estimaciones del GBS a partir de los módulos de salud de las Encuestas de Calidad de Vida (ECV) del DANE de los años 2008, 2010, 2011 y 2014. Allí se observa que la proporción del GBS con respecto al gasto total en salud GTS, tiende a disminuir al pasar de 24% en 2008 a 15.5% en 2014. Obsérvese también que dichas estimaciones del GBS como proporción del PIB también disminuyen a través de los años considerados.

Aunque en este último año el monto estimado aumenta con respecto a los años anteriores, puede incluso ser más alto debido a la exclusión en la encuesta de los copagos y las cuotas moderadoras tanto del SGSSS como de la medicina prepagada; pero aun así, un cálculo somero desde el lado de los ingresos consolidados de la EPS y de las EMPP, sugiere que ese mayor valor del GBS determinaría una proporción que en todo caso no sería mayor del 16% con respecto del GTS.

Lo anterior es consecuencia no sólo de la disminución del valor nominal estimado del GBS, excepto para 2014, sino que además incide también el crecimiento más rápido

del gasto privado en salud (en el cual se incluye el GBS) y, sobre todo, del gasto total en salud como puede apreciarse en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Variaciones porcentuales del GBS con respecto al gasto privado y al gasto total en salud en salud*

(Porcentajes)			
	2010/2008	2011/2010	2014/2011
Variación % del GBS	-0,8	-2,0	3,2
Variación % del gasto privado en salud (GPrS)	2,9	2,7	6,1
Variación % del gasto total en salud GTS	7,6	7,7	11,2

* Corresponde a tasas de variación promedios anuales para el primero y el último subperiodos.
 Fuente: Cuadro A-1 y estimativos de CS del Ministerio de Salud.

Las cifras de participación porcentual del GBS con respecto al gasto privado total en salud (GPrS) consignadas al final del Cuadro A-1, confirman lo ya señalado en análisis anteriores, en el sentido de que dicha participación, que era relativamente alta en el primer año considerado (76.5%), ha disminuido de manera significativa hasta alcanzar el 62.1% en 2014; lo cual a su vez contribuye a explicar la disminución también registrada en la participación del gasto privado en salud con respecto al GTS a través de los años mencionados.

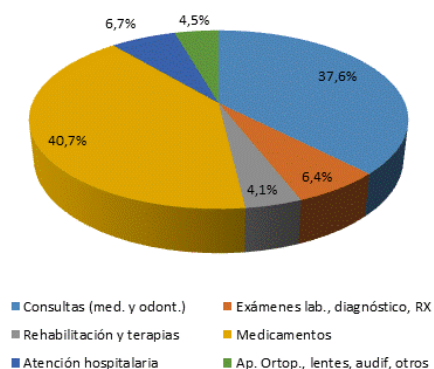
El Cuadro A-2 por su parte, muestra la distribución porcentual del GBS entre los distintos conceptos, destacándose las participaciones más altas de medicamentos o remedios ocasionales, de fórmulas médicas o compra de medicamentos consumidos regularmente y las consultas y tratamientos odontológicos. Los demás rubros muestran participaciones relativas más bajas e inferiores a 10% en todos los casos. Con base en la agrupación de conceptos propuesta en la sección anterior, el Gráfico 1 muestra la distribución porcentual del GBS para 2014, sin tener en cuenta los copagos y las cuotas moderadoras por la razón anteriormente mencionada.

Si se tiene en cuenta que la mayoría de los países en desarrollo (de ingresos bajos y medios bajos), el GBS representa una proporción que varía entre el 25 y el 60% del GTS, mientras que en los países de ingresos altos dicha proporción está en un rango entre el 15 y el 25% del GTS¹⁸, Colombia, con respecto a este indicador, está más en este último rango que en el de los primeros, por cuanto la participación promedio de las cuatro últimas cuatro estimaciones del GBS con respecto al GTS es de 19.6% como se infiere del Cuadro A-1.

¹⁸Consultado el 6 de marzo de 2015 en:
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.ZS>.

¹⁷ Lo cual guarda consistencia con la definición y las mediciones del GBS del trabajo de Barón (2007).

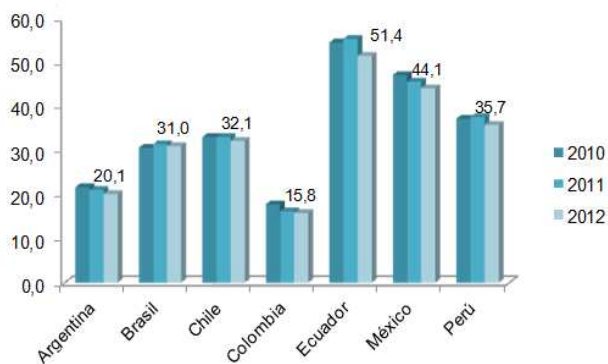
Gráfico 1. Distribución porcentual del GBS por conceptos, 2014



Fuente: Cuadro A-2.

De hecho, Colombia, con respecto a otros países de América Latina, era es el país que presentaba en 2012 una menor proporción de GBS con respecto al GTS, con un 15.8%, seguido de Argentina con 20.1%; mientras que países como Ecuador, México y Perú presentaban las proporciones más altas, como se muestra en seguida en el Gráfico 3¹⁹.

Gráfico 2- GBS como proporción del GTS en algunos países de América Latina



Fuente: Elaboración propia con base en indicadores del Banco Mundial.

¹⁹ *Idem, ibidem.*

4. Elementos para una propuesta de mejoramiento de los estimativos del gasto de bolsillo en salud

Algunos estudios han señalado la conveniencia de utilizar distintas fuentes de información disponibles para la estimación del GBS, lo cual, frente a la posibilidad de depender de una sola fuente, brindaría ventajas en términos de resultados más consistentes y de mayor amplitud y calidad, aunque ello signifique un mayor esfuerzo.

Rannan-Eliya (2008) plantea una propuesta integrada de medición del gasto de los hogares, la cual contempla dos perspectivas: i) desde el financiamiento, a través de las encuestas de hogares; y ii) desde los proveedores cuando, por ejemplo, se cotejan los ingresos que reportan los médicos privados en sus declaraciones de impuestos como medida del GBS en los servicios médicos privados. Según tal planteamiento, la mejor solución sería combinar las dos perspectivas bajo un enfoque integrador que haría necesario un examen de los flujos de gasto de todos los agentes del sistema, equilibrando todas las fuentes de datos.

Bajo este enfoque sería necesario entonces estimar los flujos de gastos para las Cuentas de Salud, no sólo desde las fuentes de los datos de gasto de los hogares sino también de otros agentes, lo cual implicaría relacionar o contrastar las estimaciones del gasto privado familiar con las de otros flujos de financiación del sistema de salud. La estimación del GBS se obtendría a partir tanto del gasto de los hogares (incluyendo lo que no es de bolsillo) como de los gastos o pagos a los proveedores (a través de sus ingresos o costos) y mediante una conciliación de las diferentes fuentes de información.

No obstante, para los países de la región tal vez lo más indicado es avanzar en un proceso de estandarización de métodos de estimación con base en encuestas robustas como lo son las Encuestas de Presupuesto Familiar (EPF) y otras encuestas o fuentes complementarias de información. Como se describió anteriormente en la sección 2.1, México, Brasil y más recientemente Chile, han adoptado un método similar consistente en utilizar una fórmula de proyección de año base calculado equivalente en el que se considera el gasto privado de los hogares (consumo final) de las Cuentas Nacionales y la elasticidad del gasto en salud con respecto al gasto en los demás bienes y servicios.

En el caso de Colombia resultaría igualmente conveniente contar con una metodología similar de estimación del GBS, no sólo para efectos de comparabilidad internacional, sino de mayor consistencia interna de la información con el SCN y las CS. En nuestro caso la encuesta equivalente a la EPF es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIG) del DANE²⁰. El objetivo de dicha encuesta consiste en obtener información sobre el monto y distribución de los gastos de los hogares, así como el monto y las fuentes de los ingresos (de trabajo, de capital, subsidios, transferencias, ocasionales, etc.) y mediante la cual es posible conocer las características y patrones de consumo de los hogares a nivel urbano y rural, entre otros propósitos.

Asimismo, de la ENIG se obtiene la información que permite construir la cuenta de los hogares para las Cuentas Nacionales (SCN). Dicha encuesta utiliza la Clasificación del Consumo Individual por Finalidades (CCFI)²¹ y permite desglosar el consumo de los hogares por finalidad o función y la desagregación del gasto por tipos de bienes y servicios, para lo cual puede utilizarse la Clasificación Central de Productos (CCP)²², lo cual es muy importante para lograr actualizaciones en las Cuentas Nacionales.

Aparte de la utilización de encuestas robustas y registros complementarios adecuados, una medición del GBS en condiciones óptimas o ideales debería cumplir al menos otros dos requisitos: períodos cortos entre una encuesta y otra y que la encuesta tenga una representación nacional y regional. En cuanto a lo primero, en todos los países este tipo de encuestas resultan muy costosas debido a que requieren de grandes operativos para su aplicación, por lo cual son largos los períodos entre el levantamiento de una y otra encuesta. No obstante, esos períodos tienden a acortarse. En Brasil, por ejemplo, lo han reducido de 5 a 3 años y en Chile se estudia la posibilidad de disminuirlo también de 5 a 3 años. En Colombia ese período es de 10 años (la última ENIG fue aplicada en 2006-2007) pero también se está considerando la posibilidad de acortarlo a 5 años. En cambio, en un país como Canadá la Encuesta de Gastos del Hogar (SHS) es anual.

²⁰ De hecho, para 1967 se realizó una encuesta de este tipo la cual se denominó precisamente Encuesta de Presupuestos Familiares, implementada por el DANE en asocio con el CEDE de la Universidad de los Andes.

²¹ COICOP por su sigla en inglés.

²² CPC por su sigla en inglés.

En cuanto a la representación nacional y regional, la ENIG tiene una adecuada cobertura geográfica: total nacional, cabecera-resto, por regiones y 24 ciudades.

Un avance importante en la dirección en la cual apunta esta propuesta, es la actualización y los ajustes introducidos en el componente de salud de la canasta familiar de la ENIGH que según lo previsto se aplicará durante 2016-2017. La estructura de ese componente supone una representatividad del gasto en artículos farmacéuticos, terapéuticos y servicios relacionados con la salud y según recurrencia y periodicidad en los distintos tipos de gastos (mensual, trimestral y anual). En esta oportunidad el DANE solicitó una validación de los formularios (Cuadernillo 3) al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), para lo cual los equipos técnicos de esta última entidad aportaron criterios e información técnica relevante especialmente en lo referente a medicamentos y dispositivos, con base en registros de costos disponibles en las bases de datos del SISMED y del FOSYGA en cuanto a recobros por no POS; y además sugirieron cambios, precisiones y actualizaciones en denominaciones del formulario, que sin duda favorecerán las estimaciones del GBS. De este modo se tendría un estimativo del GBS para un año base, a partir del cual se actualizarían las estimaciones anuales utilizando un método similar como los ya descritos para los casos de México, Brasil o Chile.

Mientras tanto, será necesario seguir contando con el recurso de los módulos de salud de las ECV, especialmente para interpolar o proyectar con mayor confiabilidad el GBS para los años de no encuesta de la serie histórica disponible en el MSPS, y superar las limitaciones del método Kriging que se utiliza actualmente. Para el efecto podría utilizarse un método alternativo utilizando fuentes complementarias de información cuyas variables habrá que identificar y validar su dinámica y evolución. Desafortunadamente para este propósito solamente se cuenta con una sola Encuesta Nacional de Salud, del año 2007, y otra fuente disponible, como es la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS), no aplica por cuanto su objetivo y método son muy diferentes y las variables de la investigación en salud tampoco son pertinentes.

Por último, un aspecto que vale la pena señalar es la conveniencia de contar con las validaciones técnicas por parte del Ministerio, cuando el DANE considere la importancia o necesidad de introducir cambios o ajustes en los formularios de las encuestas y así evitar sesgos que inciden en mayor o menor medida en las estimaciones del GBS, como se mencionó en los casos de cambios drásticos operados en la ECV de 2003 con

respecto a la ECV de 1997 y en el caso de la ECV 2014 con la exclusión de los copagos, cuotas moderadoras y bonos. Como se sabe, los temas de salud tienen su grado de complejidad y requieren precisión en los términos técnicos y a la vez una traducción apropiada al lenguaje sencillo de las preguntas que se les hacen a los encuestados, de modo que para garantizar mayor eficacia en los resultados, siempre es conveniente la consulta o validación técnica por parte de las correspondientes direcciones o áreas especializadas del Ministerio. Más aún cuando se cuenta con convenios explícitos en materia de suministro de información y experiencias de intercambio y vínculos estrechos de trabajo, como el que se viene adelantando desde hace más de dos años para la adopción e implementación del nuevo sistema de CS – SHA 2011.

5. Referencias

1. Alvis, L., N. Alvis, F. De la Hoz. (2007). "Gasto privado en salud de los hogares de Cartagena de Indias, 2004", en Revista de salud pública, vol.9, pp.11-25.
2. Amaya, J., F. Ruiz. (2011). "Determining Factors of Catastrophic Health Spending in Bogotá, Colombia", *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 11, pp.83-100.
3. Ascues, M., M. Castro y C. Reyes. (2005). *Manual de Cuenta Satélite de Salud (CSS), Versión 1*. Documento elaborado para la OPS/ Unidad de Políticas de Salud (HP)/Area de Desarrollo Estratégica de la Salud (SHD), Oficina de la Dirección de Gerencia de Proyectos (DPM). WDC.
4. Baeza, C., T. Packard. (2007). *Beyond Survival: Protecting Households from the impoverishing Effects of Health Shocks in Latin America*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
5. Barón, G. (2007). "Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento". Edic. Ministerio de la Protección Social /PARS – DNP. Bogotá.
6. Bitrán, R., y R. Muñoz. (2012). *Health Financing and Household Health Expenditure in Chile*. Chapter 6: Financing Health in Latin America Vol 1: Household Spending and Impoverishment, Knaul FR, Wong R. Arriola H, Edtrs. 2012. Disponible en: <http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1190487.files//financinghealthvol1.pdf>.y Muñoz (2012).
7. Bitran, R., U. Giedion, R. Muñoz. (2004). "Risk Pooling, ahorro y prevención: estudio regional de políticas para la protección de los más pobres de los efectos de los shocks de salud. Estudio de caso de Colombia". Documento base para el estudio regional *Beyond Survival: Protecting Households from the Impoverishing Effects of Health Shocks in Latin America*. Washington, D.C., Banco Mundial.
8. Castaño, R., J. Arbeláez, U. Giedion, L. Morales. (2001). *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud*. Serie Financiamiento del desarrollo No. 108, CEPAL, Unidad de Estudios Especiales, Santiago de Chile.
9. Cavagnero, E., G. Carrin, K. Xu y A.M. Aguilar. (2006). *Health Financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Expenditure and Utilization*, México, Innovations in Health Financing – Working Paper No.8.
10. Cendex - Ministerio de la Protección Social/PARS (2007). *Encuesta Nacional de Salud*. Bogotá.
11. Cid, C. y L. Prieto (2012). *Gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile 1997 y 2007*, Revista Panamericana de Salud Pública, 2012; 31(4)310-16).
12. Cid, C., A. Muñoz, X. Riesco y M. Inostroza. (2006). *Equidad en el financiamiento de la salud y protección financiera en Chile: una descripción general*. Cuad Méd Soc (Chile), 46:5-12.
13. Debrott, D. (2014). *Consumo Efectivo de los Hogares en Salud*. Resultados de Estudios Pilotos en seis países de América Latina. Documento Serie Estudios Estadísticos CEPAL, OPS/OMS. Santiago de Chile.
14. Fedesarrollo. (2012). "La sostenibilidad financiera del Sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro", Bogotá, Editores S.A.
15. Flórez, C., U. Giedion, R. Pardo, E. Alfonso. (2012). "Risk Factors for Catastrophic Health Expenditures in Colombia", en Knaul, F.M., R. Wong, H. Arreola-Ornelas, eds), *Household Spending and impoverishment*.

- Volume of Financing Health in Latin America Series. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Center, 2012: distributed by Harvard University Press, p.155-192.
16. Flórez, C., U. Giedion, R. Pardo, E. Alfonso. (2010). "La Protección Financiera del Seguro de Salud", en Glassman, A. et al (eds), *Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia*, Washington, BID – Brookings, p.115-144.
 17. Florez C., V. Soto, O. Acosta, C. Karl, J. Misas, N. Forero, C. Lopera. (2007). Desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Documento de Trabajo No. 15, Fundación Corona, Bogotá.
 18. Gil, A., H. Martínez, J. Gutiérrez, R. Díaz. (2011) "Determinantes del gasto de bolsillo y gasto catastrófico en la Región Central de Colombia (2008)", *Gestión y Región*, No.11, pp.39-62.
 19. Grossman, M. (1972). "On the concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, Vol. 80, pp. 223 – 255.
 20. Guerrero, R., J. Duarte, S. Prada. (2012). ¿Y cuánto es el gasto de bolsillo en salud?. Políticas en breve No.4 PROESA.
 21. Hopkins, A. y J. Cumming. (2001). *The impact of changes in private health expenditure on New Zealand households*, Health Policy 2001, 58.215-229
 22. Knaul, F., H. Arreola-Omelas y O. Méndez. (2005a), "Financial Protection in Health: México, 1992 to 2004", *Salud Pública de México*, 47(6), pág.430-439.
 23. Knaul, F., H. Arreola-Ornelas, O. Méndez y A. Martínez. (2005b). "Fair Health Financing and Catastrophic Health Expenditures: Potential Impact of the Coverage Extension of the Popular Health Insurance in México", *Salud Pública de México*, 47, pág.S54-S65.
 24. Krütolíva, V., S. Yaya. (2012). *Unexpected impact of changes in out-of-pocket payments for health care on Czech household budgets*. Health Policy, 107 (2-3), pp 276-288. En: <http://dx.doi.org/10.106/j.healthpol.2012.07.002>.
 25. Lu, C., B. Chin, G. Li y C.J.L. Murray (2009). *Limitations of Methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures*, Bulletin of World Health Organization, Vol. 87:pp238-244.
 26. Melo, C.E.. (2007). *Documento técnico de modelos de gasto en salud con base en las encuestas de hogares (ECV-1997-2003)*. Informe de consultoría presentado al Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud-PARS, Bogotá.
 27. Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Sistematización de las metodologías de medición del gasto de bolsillo en Salud y propuesta metodológica para Chile*. Santiago de Chile.
 28. Naciones Unidas (2008). "El gasto de bolsillo en salud: Evidencia de desigualdades profundas", en Naciones Unidas (eds.), *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Santiago de Chile, Naciones Unidas, p.85
 29. Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI). (2011). Tracking of Out of Pocket Expenditure for Sexual and Reproductive Health. The Hague. En: <http://resourceflows.org/sitesdefault/files/Final Document Expert Meeting.pdf>.
 30. Newhouse, J.P. (1993). *The insurance Experimental Group. Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Cambridge: Harvard University Press.

31. OECD, Eurostat, World Health Organization (WHO). (2011). *A System of Health Accounts*, OECD Publishing. Doi: 101787/9789264116016-en_
32. OECD. (2011). *Health a Glance 2011*: OECD Indicators, OECD Publishing. En: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en_
33. OECD, 2001, OECD Health Data. (2001). *A Comparative Analysis of 30 Countries, data sources, definitions and methods*. En: <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=1967>
34. OMS (2004), *Guía del productor de Cuentas Nacionales de Salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud.
35. OMS (2000), *Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
36. Organización Internacional del Trabajo, Organización Panamericana de la Salud (OIT-OPS). (1999). *El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud*. OIT, Departamento de la Seguridad Social. Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza. OPS. En: <http://books.google.cl/books?id=5ucotwAACAAJ>.
37. Pérez, G., A. Silva (2015). “Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia”, Documentos sobre trabajo de Economía Regional, No. 218, Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER), Cartagena.
38. Peticara, M. (2008). *Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos*, en Serie Políticas Sociales No. 141. CEPAL, Santiago de Chile.
39. Plümper, T., E. Newmayer. (2012). Health spending, out-of-pocket contributions, and mortality rates. Public Administration. Doi:10.1111/j.1467-9299.2012.02039.x
40. Rannan-Eliya, RP. (2010). *Estimating out-of-pocket spending for national health accounts*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
41. Rannan-Eliya, R.P. (2008). *National Health Account Estimation Methods: Household Out-of-pocket Spending in Private Expenditure*, Monograph prepared for WHO/NHA Unit. Geneva, Switzerland.
42. Tobar, F. (2000). *Herramientas para el análisis para el sector de la salud*. En: http://www.lsalud.com/htm/site/documentos/13-Archivo_largo.PDF>.
43. Van de Ven, W.P.M.M. (1983). *Effects of cost-sharing in health care*. *Effective health care* 1983; 1: 47-58
44. Xu, K. (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Discussion paper No.2. Ginebra, Suiza: OMS.

6. Anexos

Cuadro A-1. Estimaciones del gasto de bolsillo en salud de Colombia*

(Millones de pesos)

Conceptos de gasto	2008	2010	2011	2014
Gastos mensuales:				
1. Copagos y cuotas moderadoras	21.742	20.234	19.775	
2. Copagos y bonos de medicina prepagada	11.660	8.470	13.899	
3. Consulta salud	63.771	53.069	41.146	
4. Consultas médicas 1/	46.734	41.644	35.324	84.063
5. Consultas o tratamientos odontológicos	113.966	100.605	111.370	178.185
6. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico	36.433	39.698	31.465	44.615
7. Rehabilitación o terapias médicas	8.690	8.754	9.692	13.632
8. Terapias alternativas 2/	10.858	13.672	16.850	14.799
9. Fórmulas médicas o compra de medicamentos consumidos regularmente	70.018	79.078	79.156	152.998
10. Medicamentos o remedios ocasionales	176.842	179.232	165.323	111.878
11. Vacunas	6.987	9.927	10.452	8.626
12. Elementos de botiquín 3/	21.334	18.872	18.820	18.684
13. Cirugías ambulatorias o procedimientos ambulatorios 4/	24.344	20.700	22.967	20.604
14. Hospitalizaciones 5/	17.791	22.425	20.434	17.375
15. Lentes, audífonos o aparatos ortopédicos 6/	26.054	30.346	37.295	31.309
Gasto de Bolsillo Mensual	657.225	646.726	633.968	696.769
Gasto de Bolsillo Anual	7.886.695	7.760.713	7.607.614	8.361.233
Porcentajes:				
GBS como porcentaje del PIB 7/	1,6	1,4	1,2	1,1
GBS como porcentaje del gasto total en salud (GTS) 8/	24,0	20,4	18,6	15,5
GBS como porcentaje del gasto privado en salud (GPrS)8/	76,5	71,0	67,8	62,1
Gasto privado (GPrS) como porcentaje del gasto total en salud (GTS)	31,4	28,7	27,4	24,9

1/Para 2014 se integran las consultas médicas y las consultas del rubro anterior, debido al cambio de preguntas en la ECV.

2/ Incluye: homeopatía, acupuntura, esencias florales, musicoterapia.

3/ Incluye: alcohol, gasa, desinfectantes, curitas, anticonceptivos, aspirinas y otros elementos.

4/ Incluye: copago, cuota moderadora, gastos por consulta médica, exámenes y medicamentos.

5/ Comprende: consulta médica, exámenes y medicamentos.

6/ En aparatos ortopédicos se incluye muletas, sillas de ruedas, etc.

7/ Para 2014 el valor del PIB corresponde a un cálculo provisional (supuestos macroeconómicos del DNP)

8/ Para 2014 el GPrS y el GTS corresponden a estimativos preliminares sujetos a revisión.

Fuente: DANE -ECV, DNP y Ministerio de Salud y Protección Social, estimativos de Cuentas de Salud.

Cuadro A-2. Estimaciones del gasto de bolsillo en salud de Colombia - Participaciones
 (Porcentajes)

Conceptos de gasto	2008	2010	2011	2014
1. Copagos y cuotas moderadoras	3,3	3,1	3,1	-
2. Copagos y bonos de medicina prepagada	1,8	1,3	2,2	-
3. Consulta salud	9,7	8,2	6,5	-
4. Consultas médicas	7,1	6,4	5,6	12,1
5. Consultas o tratamientos odontológicos	17,3	15,6	17,6	25,6
6. Laboratorio clínico, RX, exámenes de diagnóstico	5,5	6,1	5,0	6,4
7. Rehabilitación o terapias médicas	1,3	1,4	1,5	2,0
8. Terapias alternativas 1/	1,7	2,1	2,7	2,1
9. Fórmulas médicas o compra de medicamentos consumidos regularmente	10,7	12,2	12,5	22,0
10. Medicamentos o remedios ocasionales	26,9	27,7	26,1	16,1
11. Vacunas	1,1	1,5	1,6	1,2
12. Elementos de botiquín 2/	3,2	2,9	3,0	2,7
13. Cirugías ambulatorias o procedimientos ambulatorios	3,7	3,2	3,6	3,0
14. Hospitalizaciones 3/	2,7	3,5	3,2	2,5
15. Lentes, audífonos o aparatos ortopédicos 4/	4,0	4,7	5,9	4,5
Gasto de Bolsillo Mensual	100,0	100,00	100,00	100,00
Gasto de Bolsillo Anual	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuadro A-1.

