

Gasto de bolsillo para salud en pacientes hipertensos.

Gloria Marcela Valencia Ramírez¹, Dora Cardona Rivas².

¹ Universidad Autónoma de Manizales,

² Universidad Autónoma de Manizales

Fecha de Recepción: 20/05/2015

Fecha de Solicitud de Correcciones: 15/07/2015

Fecha de Aceptación: 30/09/2015

Resumen:

Establecer la relación entre el gasto de bolsillo en salud de pacientes hipertensos del municipio de San José de Caldas de los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) en salud. **Métodos:** Se realizó un estudio comparativo del gasto de bolsillo en salud de 278 pacientes hipertensos con y sin lesión en órgano blanco. A través de un modelo econométrico se estimó la propensión marginal al consumo en salud. **Resultados:** Una prueba chi cuadrado de 7,88 y un valor de $p=0,029$ hay dependencia entre la lesión en órgano blanco y la severidad de la hipertensión arterial. Se observan diferencias estadísticamente significativas para todos los gastos destinados a la atención en salud, excepto en medicamentos, servicios dentales y atención hospitalaria al comparar los pacientes según lesión en órgano blanco.

La propensión marginal al consumo en salud muestra que por cada mil pesos de ingreso familiar los pacientes sin afectación de órgano blanco dedican 2 pesos a gastos en salud; en cambio, los pacientes con lesión en órgano blanco por cada mil pesos de ingreso familiar dedican 43 pesos al gasto en salud.

Conclusiones: El gasto de bolsillo para el tratamiento de pacientes hipertensos se incrementa en pacientes que presentan lesión en órgano blanco. Si bien dicho gasto no alcanza a ser catastrófico, el seguimiento y la vigilancia de estos pacientes es una prioridad en el SGSS dado el impacto en la calidad de vida y costos de atención en salud.

Palabras Clave: Gasto de bolsillo en salud, Hipertensión, Sistema General de Seguridad Social en Salud

Pocket health expenditure in hypertension patients. Caldas

Objective: To measure the pocket spending on health in hypertensive patients (278) of the municipality of San José department of Caldas, contributory and subsidized regimes of the Social Security System in health (SHSS) according to clinical and socioeconomic conditions. **Methods:** Study to establish the relationship between the pocket health spending in hypertensive patients with and without target organ injury through econometric model that estimates the marginal propensity to consume health. **Results:** With a Chi2 of 7.88 and $p = 0.029$ no dependence between target organ injury and severity of hypertension. Statistically significant differences for all expenditures on health care, except for medication, dental and hospital care when comparing patients according to target organ damage are observed.

The marginal propensity to consume health shows that for every thousand dollars of household income patients without involvement of target organ 2 pesos devoted to health spending ; however , patients with target organ injury per thousand pesos of 43 pesos household income devoted to health spending.

Conclusions: The pocket expense for treatment of hypertensive patients is increased in patients that present white organ injury. While this spending is not enough to be catastrophic, monitoring and surveillance of these patients is given a high priority in the SHSS because of the impact on quality of life and health care costs.

Keywords: pocket health expenses, hypertension, clinical conditions, Social Security System in Health

Introducción

El gasto de bolsillo en salud podría definirse como aquellos pagos hechos por las personas para cuidar de su salud, incluyendo gasto preventivo y curativo, que no son cubiertos o reembolsados por un tercero. Por lo tanto incluye la compra de medicamentos y utilización de servicios que no están relacionados con mecanismos de seguro, los desembolsos realizados por los afiliados a algún sistema de aseguramiento (bonos, copagos, cuotas moderadoras) y el costo del transporte para ir al sitio de atención (1). Para proveer los bienes y servicios de salud, se utiliza una mezcla de cuatro fuentes de financiamiento: (i) impuestos generales; (ii) contribuciones obligatorias para seguridad social (pública o privada); (iii) contribuciones voluntarias a esquemas de aseguramiento privado formal o informal; y (iv) pagos directos de bolsillo

Una forma de gasto de bolsillo, corresponde a los pagos realizados como contribución adicional (formal o informal) al momento de utilización de servicios públicos financiados -por lo general- vía impuestos generales. Este grupo de clasificación tiene su más fiel representante en los típicos "pagos de los usuarios" en hospitales en muchos países, en los que los servicios públicos de salud poseen, en general, financiamiento vía arcas fiscales y donaciones externas.

Otra modalidad es la de aquellos desembolsos realizados por los afiliados a algún sistema de aseguramiento -público o privado-, que buscan compartir los riesgos financieros del gasto en salud con el afiliado. Ejemplos típicos son los copagos y los deducibles. Al menos teóricamente, el principal objetivo de este tipo de mecanismos es contrarrestar problemas propios de los sistemas de seguro como es el riesgo Moral (2).

El gasto de los hogares en servicios de salud como porcentaje del total de gastos de consumo doméstico, representa los costos de la atención de salud solventados por las familias mediante gastos directos denominados también "gastos de bolsillo" o indirectos, que se refieren al pago de planes de atención médica prepagados, seguros médicos privados y contribuciones al seguro público (OPS, 2007b). Se estima que los pagos directos del propio bolsillo son una de las formas menos eficientes y menos justas de financiamiento de la salud y pueden acarrear el empobrecimiento de las familias (3).

Las restricciones de la protección social en salud se traducen en eventos de morbilidad graves, de carácter agudo o crónico (hipertensión, trasplante de riñón, VIH/SIDA), o en eventos pequeños pero recurrentes (bronquitis recurrente en un lactante) que pueden ocasionar elevados gastos de bolsillo; en consecuencia, ambos son potencialmente catastróficos. Los gastos catastróficos no necesariamente se relacionan con enfermedades

de alto costo; su incidencia relativa no solo se relaciona con el estado de salud sino también con las características del aseguramiento (4).

La inequidad del financiamiento a través de los gastos de bolsillo puede ser vista desde dos perspectivas:

1. La exposición de las familias a gastos imprevistos y onerosos para hacer frente a costos inesperados, los que deben ser pagados en el momento de la utilización del servicio.
2. La imposición de pagos regresivos, es decir, que las personas de menor capacidad contributiva pagan proporcionalmente más que las personas de mayor capacidad.

Desde el enfoque de la eficiencia distributiva de la atención preventiva, el predominio del gasto de bolsillo también genera efectos negativos, ya que rompe con la solidaridad financiera que permite que las personas enfermas y de escasos ingresos se beneficien de las contribuciones de las personas sanas y de mayores recursos (5).

En Colombia, el Grupo Cendex señala que el 9,6% de los hogares incurrieron en gastos catastróficos. Este porcentaje representa a 1.200.000 hogares en el año 2011(6)

En forma similar, el estudio realizado en la ciudad de Cartagena de Indias con el objetivo de medir el gasto de bolsillo en salud en las familias y observar sus relaciones con el grado de escolaridad del jefe del hogar, su vinculación a la actividad laboral, su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS y estrato socioeconómico al que pertenece el hogar, mostró esta relación (7).

El gasto en servicios de salud, denominado gasto de bolsillo, en muchos casos es ineficiente, porque en un momento de enfermedad una persona no podrá negociar efectivamente el precio del servicio que recibirá ni elegir el de mejor calidad. Dado que siempre existe un elemento de incertidumbre en la pérdida de la salud, el gasto de bolsillo expone a las familias a un mayor riesgo de enfrentar gastos catastróficos (8).

Por lo anterior el gasto de bolsillo en salud, se ha incluido como un indicador de las inequidades en la prestación de servicios de salud, y se plantea que las desigualdades en salud del país no solo se mantienen en el Sistema, sino que la generalización de un régimen mercantilista como criterio prioritario de atención, ha generado nuevas desigualdades (9). Lo anterior, ha sido una preocupación constante e incide en la idea de buscar métodos para proteger a las personas de la posibilidad de incurrir en gastos catastróficos y del subsiguiente empobrecimiento debido a gastos en salud.

Con base en estos elementos esta investigación tuvo como objetivo medir el gasto de bolsillo en salud en usuarios hipertensos del municipio de San José de Caldas (278) de los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS según sus condiciones clínicas y socioeconómicas, en San José (Caldas).

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio que compara la composición del gasto de bolsillo en 278 pacientes hipertensos registrados en la Empresa Social del Estado San José del municipio San José de Risaralda (Caldas), según sus características socioeconómicas y clínicas. Además establece la relación entre el gasto de bolsillo en salud de usuarios hipertensos y los ingresos mensuales a través de un modelo econométrico que estima la propensión marginal al consumo en salud.

La información fue obtenida a través de una encuesta que indagó sobre las siguientes variables: componentes gasto de bolsillo en salud, (gastos mensuales en la atención a la hipertensión arterial), afiliación al SGSSS, sexo, edad, escolaridad, ocupación, composición familiar, estrato socioeconómico, procedencia, ingresos en el hogar. La información del estado clínico se obtuvo de la base de datos de pacientes hipertensos de la ESE San José de Risaralda.

El análisis de la información fue ejecutado en el paquete estadístico SPSS Versión 19.

Se realizó análisis bivariado para mostrar las proporciones de HTA según edad, sexo, afiliación, daño en órgano blanco, escolaridad, ocupación. Para las variables ingresos mensuales y egresos se calcularon promedios, desviaciones estándar. Para establecer la dependencia entre las variables, se utilizó la prueba de Chi 2. Se realizó, mediante regresión lineal, el modelo que explica la composición del gasto de bolsillo en función de las variables del estudio.

Resultados

Características sociodemográficas de la población.

Sexo	: Femenino = 190 (68,3%), Masculino = 88 (31,7%).
Procedencia	: Rural = 71 (25,5%), Urbano = 207 (74,5%).
Estrato	: Estrato 1 = 69 (24,8%), Estrato 2 = 181 (65,1%), Estrato 3 = 28 (10,1%).
Nivel educativo	: Ninguno = 36 (12,9%), Primaria = 122 (43,9%), Secundaria = 95 (34,2%), Tecnología = 23 (8,3%), Universitaria = 2 (0,7%).
Seguridad social	: Contributivo = 24,2%, Subsidiado = 74,8%
Características clínicas	: De los 278 pacientes estudiados, 54 (19,4%) presentaron lesión en órgano blanco.

La relación entre la presencia de lesión en órgano blanco y algunas variables Se observa en los cuadros 1 a 3.

Distribución de pacientes según lesión en órgano blanco y severidad de la hipertensión (Cuadro 1)

La mayor parte de los pacientes con lesión en órgano blanco se ubicaron en los grados 2 y 3 de severidad. Este mismo resultado se observó en los pacientes sin lesión. Sin embargo una mayor proporción de pacientes con lesión en órgano blanco se encontró en el estadio 3 de severidad. Con un Chi2 de 7,88 y un p=0,029 hay dependencia entre la lesión en órgano blanco y la severidad de la hipertensión arterial.

Cuadro 1. Distribución de pacientes según lesión en órgano blanco y severidad de la hipertensión

			Severidad			Total
			E1	E2	E3	
Afectación Órgano Blanco	No	n	47	151	26	224
		%	21.0%	67.4%	11.6%	100.0%
	Si	n	6	35	13	54
		%	11.1%	64.8%	24.1%	100.0%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación

Distribución de pacientes según lesión en órgano blanco y estado de salud (Cuadro 2)

Con un valor de Chi cuadrado de 113,95 y un $p=000$ se observó relación altamente significativa entre la presencia de lesión en órgano blanco y el estado de salud. El estado de salud bueno se presenta en mayor proporción en los pacientes sin lesión en órgano blanco.

Cuadro 2. Distribución de pacientes según lesión en órgano blanco y estado de salud.

			Estado Salud			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Afectación Órgano Blanco	No	n	0	0	224	224
		%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	Si	n	5	20	29	54
		%	9.3%	37.0%	53.7%	100.0%
Total		n	5	20	253	278
		%	1.8%	7.2%	91.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

Distribución de pacientes según lesión en órgano blanco y control de la hipertensión arterial (Cuadro 3)

Puede observarse que la Hipertensión Arterial controlada se relaciona con una proporción mayor de pacientes sin afectación de órgano blanco. La significancia de esta relación es estadísticamente significativa ($Chi^2 5,17; p=0,023$).

Cuadro 3. Distribución de pacientes según lesión en órgano blanco y control de la hipertensión arterial.

			Control HTA		Total
			No Si	Si	
Afectación O.Blanco	No	n	8	216	224
		%	3.6%	96.4%	100.0%
	Si	n	6	48	54
		%	11.1%	88.9%	100.0%
Total		n	14	264	278
		%	5.0%	95.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

Resultados del análisis del gasto de bolsillo: Composición del gasto de bolsillo

Para determinar la composición del gasto de bolsillo se incluyeron todos los servicios de salud que debían ser pagados por el paciente; se incluyeron transporte y alimentación que son dos rubros que pueden limitar el acceso a los servicios de salud por parte de personas que viven en el área rural del municipio.

Valores promedio, desviación estándar del gasto de bolsillo por rubros

En la mayoría de los casos, los valores de la desviación típica son superiores al de la medida de tendencia central, evidenciándose la posible existencia de asimetrías y curtosis en la distribución de las variables consideradas en el estudio. Aunque los valores promedio sean relativamente bajos, pueden existir algunas condiciones anómalas en la distribución del gasto de bolsillo que las personas debían invertir para su salud.

La totalidad de las variables consideradas presenta la condición de que la distribución de los datos es asimétricamente positiva (todos los estadísticos de asimetría > 0), ya que los valores se tienden a reunir más en la parte izquierda que en la derecha de la media, es decir que son muchos más frecuentes los datos menores a la medida de tendencia central en relación a las variables que componen el gasto de bolsillo en los diferentes rubros.

Teniendo en cuenta lo anterior, al analizar los diferentes rubros de gastos de bolsillo, se observó que los mayores promedios corresponden a transporte y consulta médica y servicios dentales.

Uno de los factores que mayor peso puede tener en el gasto de bolsillo es la presencia de lesión en órgano blanco. La presencia de lesión en órgano blanco implica un mayor compromiso en la salud de las personas y puede representar una causa de mayor gasto de bolsillo.

Valores promedio, desviación estándar del gasto de bolsillo según presencia de lesión en órgano blanco. 2012

Los promedios de gasto de bolsillo y su desviación estándar, discriminados según lesión en órgano blanco, se presentan En el cuadro 4.

Cuadro 4 Valores promedio, desviación estándar del gasto de bolsillo según presencia de lesión en órgano blanco. 2012

	Lesión de órgano blanco	n	Promedio	Desviación estándar
Consulta médica	No	224	\$2,313.84	\$4,347.118
	Si	54	\$4,851.85	\$7,717.677
Medicina alternativa	No	224	\$0.00	\$0.000
	Si	54	\$2,740.74	\$9,939.791
Insumos	No	224	\$26.79	\$298.271
	Si	54	\$500.00	\$1,890.892
Medicamentos	No	224	\$419.20	\$2,041.879
	Si	54	\$472.22	\$2,097.655
Homeopatías	No	224	\$419.64	\$3,908.456
	Si	54	\$1,240.74	\$4,501.300
Exámenes laboratorio	No	224	\$304.91	\$1,679.158
	Si	54	\$1,046.30	\$2,663.996
Exámenes imágenes	No	224	\$111.61	\$1,670.383
	Si	54	\$4,046.30	\$11,775.522
Servicios dentales	No	224	\$3,000.00	\$33,196.926
	Si	54	\$2,925.93	\$21,501.077
Otros profesionales en salud	No	224	\$245.54	\$3,674.842
	Si	54	\$12,231.48	\$22,914.672
Anteojos o lentes	No	224	\$0.00	\$0.000
	Si	54	\$3,527.78	\$13,110.710
Audífonos	No	224	\$218.75	\$3,273.950
	Si	54	\$2,129.63	\$10,971.741
Ortopedia	No	224	\$0.00	\$0.000
	Si	54	\$5,666.67	\$24,391.462
Atención hospitalaria	No	224	\$80.36	\$1,202.676
	Si	54	\$185.19	\$1,360.828
Hospitalización domiciliaria	No	224	\$0.00	\$0.000 ^a
	Si	54	\$0.00	\$0.000 ^a

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

Los resultados muestran que todos los rubros de gasto de bolsillo son mayores en las personas que presentan lesión en órgano blanco.

Con el fin de determinar si se presentaban diferencias estadísticamente significativas se compararon los valores promedio de cada uno de los rubros que hicieron parte de la composición del gasto de bolsillo mediante Anova de un factor. Los resultados se observan a continuación En el cuadro 5.

Cuadro 5. Resultados del análisis de Varianza

	F	Sig.
Consulta médica	10.495	.001
Medicina alternativa	17.227	.000
Insumos	12.846	.000
Exámenes Laboratorio	6.569	.011
Exámenes/Imágenes	23.324	.000
Otros profesionales en salud	55.940	.000
Anteojos o lentes	16.405	.000
Audífonos	5.000	.026
Ortopedia	12.230	.001
Atención hospitalaria	.314	.576
Total transporte	74.613	.000
Total comida	75.227	.000
Gastos totales	28.730	.000

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

De acuerdo con el valor de p observado al comparar los gastos entre pacientes con afectación de órgano blanco y sin afectación de órgano blanco, existen diferencias estadísticamente significativas para todos los gastos destinados a la atención en salud, excepto en medicamentos, servicios dentales y atención hospitalaria. Las diferencias son igualmente significativas en los gastos de transporte y alimentación.

Se determinó si había diferencias en el gasto de bolsillo de los pacientes según su procedencia urbana o rural. Se encontró que estas diferencias eran significativas para la consulta médica, la consecución de medicamentos, los exámenes de laboratorio y el transporte.

Modelo del gasto de bolsillo en pacientes hipertensos

Para esta investigación se aplicó un modelo econométrico con el objetivo de estimar el gasto mensual de las familias en salud en función del ingreso familiar, del estrato socioeconómico del sexo y número de integrantes del hogar. El modelo se estimó usando el método de mínimos cuadrados ordinarios (MCO). Teóricamente es de esperarse una relación positiva entre estas variables, es decir, una propensión marginal al gasto mayor de cero (PMG>0).

Especificación del modelo regresión lineal: relación gasto total ingreso -familiar mensual

$$GSO_i = b_0 + b_1 Ing_i + u_i$$

Donde

GS: Gasto salud

B₀: Gasto autónomo en salud o al mes

β₁: propensión marginal del consumo en salud

Ing.: ingresos familiares mensuales

U_i: Error aleatorio

Se estima dicho modelo según la presencia o no de lesión en órgano blanco.

Estimación del modelo.

$$GS_i = 5817,2 + 0,002 Ing_i + u_i$$

Como se observa En el cuadro 6, el coeficiente de la propensión marginal es significativamente diferente de cero y muestra como la relación entre el ingreso y consumo es directa, es decir, por cada mil pesos de ingreso familiar, las familias con pacientes hipertensos que no tienen lesión en órgano blanco dedican a gasto en salud 2 pesos.

El promedio de los ingresos en este grupo de pacientes es de 609.995,00 pesos colombianos con una desviación estándar de 268.790,00 pesos colombianos. Cabe señalar que la mayor parte de los pacientes de este grupo devenga menos de 1 salario mínimo mensual.

Cuadro 6. Gasto de salud en hipertensos sin lesión en órgano blanco en relación al ingreso.

Coeficientes ^{a,b,c}					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	sig.
	Error típ.	Beta			
B					
1	(Constante)	5817.246	3863.377	1.506	.134
	Ingresos Mes	.002	.005	.444	.658

a. Afectación O. Blanco = No

b. Variable dependiente: Gastos Totales

Estimación del modelo.

$$GS_i = 14352,049 + 0,043 Ing_i + u_i$$

Como se observa En el cuadro 7, el coeficiente de la propensión marginal es significativamente diferente de cero y muestra como la relación entre el ingreso y consumo es directa, es decir, por cada mil pesos de ingreso familiar, las familias con pacientes hipertensos que tienen lesión en órgano blanco dedican a gasto en salud 43 pesos.

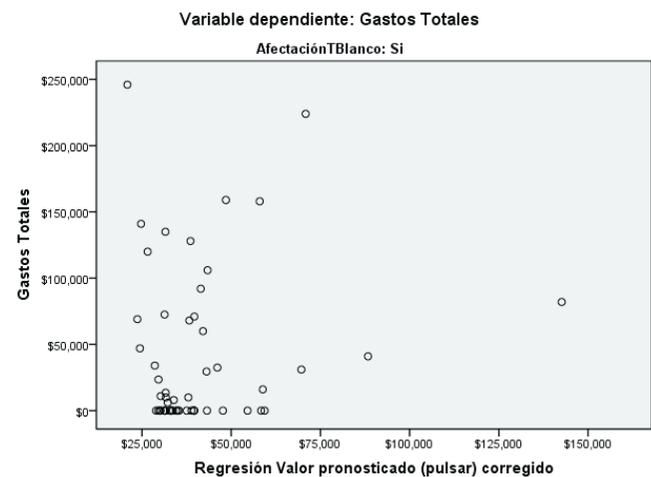
El promedio de ingresos mensuales en este grupo de pacientes de de 630.404,0 pesos colombianos con una desviación estándar de 268.598,0 pesos colombianos. La mayor parte de pacientes de este grupo devenga menos de un salario mínimo mensual.

Cuadro 7. Modelo gasto de salud en hipertensos, con lesión en órgano blanco, en relación al ingreso familiar mensual.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	Error típ.	Beta			
B					
1	(Constante)	14352.049	13554.147	1.059	.295
	Ingresos Mes	.043	.017	2.470	.017

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación Según el coeficiente de determinación (0,105) el modelo no parece presentar buen ajuste como lo muestra el gráfico 1.

Gráfico 1. Diagrama de dispersión de gasto según el ingreso familiar mensual, en pacientes con lesión en órgano blanco. San José de Caldas 2012



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación,

Discusión

Lo resultados encontrados muestran que el gasto de bolsillo sigue siendo una constante en la población afiliada al SGSS que asiste al Hospital San José de San José Caldas. Tales pacientes presentan erogaciones para recibir servicios de salud consideradas como básicas (medicamentos, atención médica especializada) y que aunado a los exámenes de diagnóstico, este gasto se incrementa.

Estos resultados coinciden con varias investigaciones realizadas; Sergio Sesma Vázquez y col.(10), reporta que el origen del gasto catastrófico se encuentra a los medicamentos como factor importante que ocasiona el gastos en las familias de escasos recursos. Cabe anotar que en esta investigación no se encontró que el gasto en salud fuera catastrófico.

Viveros con base en la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares (ENEQUI 2000) y citando a Suárez y col señala que el gasto privado corresponde en un 70% a los medicamentos. Lo cual se relaciona con datos de la Encuesta de Nivel de Satisfacción de Usuarios de la Secretaría de Salud de México en el 2008, que refiere que el 69% del medicamento no surtido lo compran en la farmacia (11).

De importancia señalar que de acuerdo al estudio de Gustavo Nigenda y Col., en el 2002, los medicamentos son considerados como prioridad por la población para continuar afiliado en México (12).

En los estratos investigados se observó la presencia de gasto de bolsillo en alguno de los rubros que se tuvieron en cuenta; esto permite afirmar que pertenecer al SGSS colombiano no garantiza contar con los beneficios que se mencionan al momento de su afiliación.

Las debilidades del sistema pueden estar relacionadas con la infraestructura, el recurso humano o la falta de insumos y será motivo de otros trabajos de investigación el abordar estos temas que serán necesarios para mejorar la prestación del mismo. Buscar alternativas para mejorar las debilidades de infraestructura, recurso etc., así como buscar las estrategias de subrogación que eviten el gasto o mejor aún, que se difundan si ya existen.

Cualquier hogar puede llegar a enfrentar la enfermedad de alguno de sus miembros. Si la familia afectada se ve obligada a asumir directamente el costo de la atención, su capacidad para cubrir otras necesidades básicas (alimentación, educación o vivienda) puede verse súbitamente disminuida. Las familias de altos ingresos pueden tener que vender sus bienes o hacer uso de sus ahorros. Los hogares más pobres pueden llegar a perder el patrimonio de toda una vida. Lo más lamentable es que estas situaciones por lo general se presentan en casos de enfermedad que podrían atenderse con intervenciones a las que resulta fácil acceder cuando se cuenta con un seguro de salud.

Son múltiples los retos que todavía enfrenta el sistema de salud colombiano. En primer lugar se plantean las dificultades vinculadas con la consecución de la universalidad y la eficiencia en un contexto de solidaridad.

La universalidad en la afiliación debió haberse logrado en 2001 y tardó casi una década más. La igualación de los planes aún no se ha logrado. Buena parte de este atraso está asociado a la informalidad en el mercado laboral. Hay un segmento considerable de la población que, dada su situación económica, tendría que estar afiliada al régimen contributivo y aún no lo hace.

El fortalecimiento de la práctica de la salud pública, la información completa y oportuna, así como la evaluación de sus procesos y resultados, aparece como un reto mayor sin el cual será difícil orientar el sistema con criterios de promoción y prevención (13).

Pese a que el trabajo fue realizado en un solo hospital, refleja el comportamiento que se encuentra en el municipio de San José de Caldas y crea la necesidad de continuar realizando investigación sobre el tema para evaluar el comportamiento del sistema y no depender de investigaciones nacionales que pueden enmascarar la problemática propia de cada entidad.

Conclusiones

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el gasto de bolsillo en usuarios hipertensos con lesión en órgano blanco al ser comparados con usuarios sin daño en órgano blanco.

El análisis del gasto de bolsillo muestra una relación altamente significativa entre el gasto realizado, la presencia de lesión de órgano blanco y el estado de salud percibido de los usuarios del programa de hipertensión del hospital de San José de Caldas.

Aunque no pudo establecerse el grado de deterioro del órgano blanco, la lesión, puede llegar a ser causa de gasto catastrófico, por las demandas en la atención en salud de los pacientes afectados.

En general existen muy pocas fuentes que entreguen información confiable con respecto a la división que existe del gasto entre los regímenes contributivo y subsidiado, el gasto en copagos y el gasto de bolsillo propiamente tal.

Recomendaciones

El incremento del gasto de bolsillo en pacientes hipertensos con lesión en órgano blanco puede llegar a ser catastrófico, además de incidir negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Cabe señalar, en consecuencia, la necesidad de la vigilancia permanente y aplicación del monitoreo y evaluación de los programas de hipertensión dadas las implicaciones sociales y económicas del manejo de complicaciones o comorbilidades que incrementen el riesgo de los pacientes.

Además de la expansión de la cobertura de seguridad social en salud, la calidad de los servicios y la mejoría de la eficiencia en los servicios de salud se impone, necesariamente, para la postergación o eliminación de la lesiones en órgano blanco de los hipertensos, que son causa importante de los costos de la atención de las enfermedades crónicas y con alto impacto en el gasto de bolsillo de los usuarios.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. PROESA. Políticas en Breve. Boletín No 4. Agosto 27 de 2012. Fecha de consulta: octubre de 2012. Disponible en: http://www.proesa.org.co/images/docs/Boletin_4.pdf
2. Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud. Fecha de consulta: Abril de 2012. Disponible en: <http://www.socialprotection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action;jsessionid=5c4912cc78c6cf679162b0c7d2dd13a9825d0b7c8d224e6c8dbe7917c2b30766.e3aTbhuLbNmSe34MchaRahaKch90?ressource.ressourceId=7545>
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, UNESCO, PNUD, UNICEF, ACNUR UNFPA. Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2008.
4. El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas Capítulo V pp. 87 [Internet] Fecha de consulta junio 30 de 2013. Disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/33064/CapituloV-2008-808-ODMSaludRev-1indd.pdf>
5. González P, Barraza M, Vargas A. Sistema de Protección Social en Salud: elementos conceptuales, financieros y operativos. Fundación Mexicana para la Salud: Instituto Nacional de Salud Pública: FCE, 2006 pp. 22 [Internet]. Fecha de consulta: septiembre de 2013. Disponible en http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/programas/Sistema_Proteccion_Social_Salud.pdf
6. Amaya JI. The distribution of household expenditure and catastrophic health spending in Colombia, 2011. International Health Economics Association. Fecha de consulta: noviembre de 2015. Disponible en: <https://ihea2015.abstractsubmit.org/presentations/14080/>
7. Alvis L, Alvis N, y De la H Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004. Salud Pública, 9(1), 11-25, Consultado junio de 2013. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642007000100003&script=sci_arttext

8. Torres AC, Knaul FML. Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000 En: Caleidoscopio de la Salud. (2003) pp 209 [Internet]. Consultado en septiembre de 2013. Disponible en <http://portal.funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2013/08/15-DeterminantesDelGasto.pdf>
9. Echeverri E. La salud en Colombia: Abriendo El Siglo... Y La Brecha De Las Inequidades. En Revista Gerencia y Políticas de Salud Diciembre de 2002 pp. 86 [Internet]. Fecha de consulta: junio de 2013. Disponible en http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol1_n_3/salud_espacio_4.pdf
10. Sesma-Vázquez S, Gómez-Dantés, MC, Wirtz V. Castro-Tinoco M. Abasto, surtimiento y gasto de bolsillo en medicamentos en hospitales públicos de México en 2009. Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(sup 4):470-479
11. Viveros JB. Tesis Gasto de bolsillo en los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. Xalapa. [Internet] Fecha de consulta: septiembre de 2013. Disponible en <http://www.uv.mx/msp/files/2012/11/JoseEusebioviveros.pdf>
12. Nigenda G. El seguro popular de México. Desarrollos y retos para el futuro. Nota técnica de Salud 2/2005. Banco Interamericano de Desarrollo Departamento de Desarrollo Sostenible División de Programas de Desarrollo Social. 2005. Consultado en Febrero de 2012. Disponible en: <http://www.iadb.org/wmsfiles/products/publications/documents/1485608.pdf>
13. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J, Sistema de Salud de Colombia. Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca 2011. [Internet]. Fecha de consulta: agosto de 2013. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800010&script=sci_arttext