

Gasto privado en salud. Colombia 1977-1980

Francisco J. Yepes Luján, M.D.*

RESUMEN

Con base en el Estudio Nacional de Salud (1977-1980) y la Encuesta Nacional de Morbilidad (1965-1966) se analiza la información correspondiente a los gastos en salud hechos por los colombianos. Estos gastaron en promedio \$2 686.00 per cápita en 1980 lo cual representa 12.1% del ingreso familiar. Se ofrece la discriminación de estos gastos según algunas variables como nivel de ingreso, educación, región del país, urbanización y se comparan los hallazgos de los dos periodos.

Los datos que se consideran en este artículo hacen parte del Estudio Nacional de Salud¹ y constituyen un avance del documento que se publicará posteriormente.

¿Cuánto dinero desembolsan los colombianos de su bolsillo para gastos de salud? ¿Cómo se distribuye ese gasto en salud por componente? ¿Qué relación tiene con el ingreso, la educación, el sexo, el estado civil, la edad, el nivel de urbanización, etc.? ¿Gastan igualmente los colombianos en las diferentes regiones geográficas? ¿Ha cambiado el comportamiento de los colombianos frente al gasto en salud entre 1965 y 1980?

Estos son algunos interrogantes que el Estudio Nacional de Salud (ENS) trató de responder y cuyas respuestas son importantes para el proceso de formular políticas de salud.

La primera etapa del análisis fue meramente descriptiva y será seguida por análisis explicativos de mayor profundidad. En esta primera etapa se describen los principales aspectos del gasto familiar e individual en salud y su relación con las

características de la población como sexo, edad, ingreso, educación, urbanización, actividad económica, etc.

Como este tipo de información, es la primera vez que se ofrece con base en una muestra representativa de la población nacional², tiene una gran importancia para formular políticas de salud porque ilustra no sólo el comportamiento de la población con respecto al gasto en salud, sino también porque permite cuantificar las inversiones privadas y por tanto dar una mayor certeza a los estimativos nacionales y regionales del gasto total en el sector salud.

Las relaciones entre los gastos privados y los gastos de las instituciones que se harán en documentos posteriores, seguramente van a suministrar elementos adicionales de importancia para el proceso de formulación de políticas de salud.

MATERIALES Y METODOS

Fuentes de información. El presente análisis se basa en los resultados de las entrevistas domiciliarias del ENS³ realizadas entre mayo de 1977 y diciembre de 1980 y las entrevistas domiciliarias de la Investigación Nacional de Morbilidad (INM) del Estudio de Recursos para la Salud y Educación Médica, realizadas entre julio de 1965 y junio de 1966⁴. La información sobre gasto en salud se obtuvo para el ENS de las preguntas 4e (gasto dental), 5e (gasto por consulta, drogas y otros) y 7k (gasto por hospitalización) y para la INM de las preguntas 6b (consulta, drogas, exámenes de laboratorio), 9b (gasto dental), y 12b (gasto de hospitalización).

La entrevista domiciliaria del ENS se realizó en una muestra de 9 869 hogares con 52 762 personas; la de la INM en una muestra de 8 920 hogares con 52 479 personas de las cuales se entrevistaron 8 669 familias con 51 473 personas (98.1%).

Ambos estudios se basaron en muestras probabilísticas de la población civil no institucional de los departamentos del país, representativa de 98.7% de la población total.

* Secretario General, Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia.

A nivel de las preguntas del gasto, hay una diferencia en el fraseo entre el ENS y la INM que aparentemente afectaría la comparabilidad.

En la INM se preguntaba "¿pagó usted o va a pagar por los servicios que le prestaron durante la **semana pasada y antepasada?**" y en el ENS se preguntó "¿durante la **semana pasada y antepasada** pagó usted dinero de su bolsillo?" En esta última pregunta es claro que el gasto se refiere al dinero que las personas en efecto sacaron de su bolsillo en un período de 2 semanas así no corresponda a los servicios demandados en ese período (Figura 1). La pregunta de la INM se refiere al valor por servicios demandados en las 2 semanas de referencia aun cuando no haya hecho efectivo el pago.

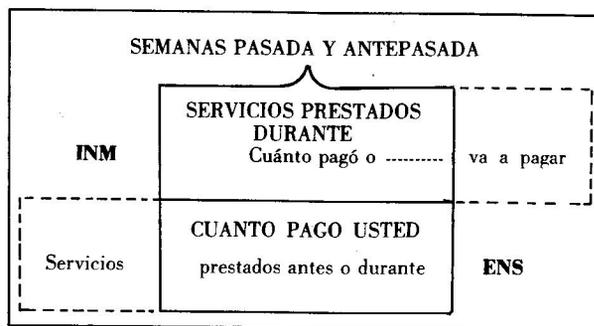


Figura 1. Comparabilidad de las preguntas sobre gasto en salud en la INM (1965-1966) y el ENS (1977-1980).

En el ENS se informan los pagos efectuados realmente en las 2 semanas de referencia, aun cuando correspondan a servicios demandados antes. En la INM se introduce un factor hipotético (cuánto va a pagar) que luego pudo o no haberse dado en realidad, o pudo ser mayor o menor a lo estimado.

Desde este punto de vista diríamos que el estimativo del gasto anual probablemente sea menos preciso en el caso de la INM. Sin embargo, no se dispone de elementos que permitan establecer si la tendencia es hacia la sobreestimación o la subestimación. Esto sería particularmente importante para las comparaciones del gasto total, no así para el análisis de las relaciones entre el gasto y las diversas variables independientes, dada la gran estabilidad que se observó en estas relaciones en ambos estudios.

La entrevista domiciliaria. Se hizo casa a casa por entrevistadores entrenados especialmente. En ambos estudios se consideró como hogar al grupo de personas que comparten la misma vivienda y los alimentos, tengan o no vínculos de parentesco entre sí.

Deflatación. Con los cambios ocurridos en los precios entre mayo de 1977 y diciembre de 1980, y la necesidad de hacer comparaciones, en valores absolutos, entre la INM y el ENS se deflataron las cifras de ingresos familiares y de gastos familiares e individuales en salud, utilizando los índices de precios al consumidor del DANE.

Los ingresos de la INM y del ENS, se deflataron con el índice nacional total como promedio ponderado de ingresos I (obre-

ros) e ingresos II (empleados). Para el gasto del ENS en drogas, se usó el índice nacional del subgrupo IVA (drogas); para los gastos dental, consultas y otras del mismo estudio, se empleó el índice nacional del subgrupo IVC (servicios profesionales); para el gasto en hospitalización, se construyó un índice compuesto de drogas más servicios profesionales. Por su parte todos los gastos de la INM, se deflataron utilizando el índice nacional del grupo misceláneo, porque no fue posible encontrar para esa época, julio de 1965 a junio de 1966, la discriminación por subgrupos.

El DANE usó hasta diciembre de 1978 un índice de precios al consumidor (IPC), que tenía base en el período julio de 1954-junio de 1955, y desde enero de 1979 un IPC con base en diciembre de 1978. No obstante las dificultades metodológicas existentes para ensamblar las dos series, fue necesario hacerlo, ubicando primero la base en diciembre de 1978, y luego en diciembre de 1980. Se seleccionó esta última base, último mes de recolección de los datos del ENS, con el fin de mostrar las cifras en pesos relativamente recientes.

Recuperación de datos. De los hogares entrevistados 15.1% no informaron ingreso. Esta información no se recuperó, pero dado el menor tamaño promedio de los hogares no informantes de ingreso y la relación inversa observada entre tamaño familiar e ingreso, se puede suponer una ligera concentración de hogares de mayores ingresos en el grupo no informante.

En cuanto a la información sobre gasto, se presentan casos de no información a diferentes niveles:

- En todos los rubros existía una pregunta previa sobre si había efectuado gasto o no, seguida de una pregunta sobre cuánto había gastado. Se dio la circunstancia de personas que dijeron sí haber gastado, mas no especificaron la cantidad.
- Hubo personas que no dieron ninguna información sobre si habían gastado o no, ni sobre la cantidad.
- En cuanto al gasto para consulta, drogas y otros, además de cada punto, se preguntaba el gasto total de los tres componentes. Hubo personas que sólo informaron el gasto total, sin especificar los componentes.

En el primer caso, a las personas que comunicaron gastos, mas no especificaron la cantidad, se les aplicó el gasto promedio para su categoría de edad e ingreso.

En el segundo caso, a quienes no dieron ninguna información sobre gasto, se les distribuyó de acuerdo con las frecuencias observadas entre gastantes y no gastantes, y a los primeros se les aplicó el gasto promedio para su categoría de ingreso y edad.

En el tercer caso, se obtuvo el listado de las personas y se distribuyó el gasto entre los componentes, en forma manual, de acuerdo con las proporciones observadas.

Para hospitalización, se tomaron las hospitalizaciones ocurridas en un período de 12 meses antes de la encuesta y se aplicaron procedimientos similares a los que se anotaron en los casos primero y segundo.

Para la encuesta de 1965, se siguió una metodología similar con algunas pequeñas variaciones resultantes de la manera como se formularon las preguntas y de su período de referencia.

Expansión. Los análisis que aquí se presentan se refieren al gasto en salud de toda la población civil no institucional del país en un período de un año. Para ello se realizó una expansión de la muestra de acuerdo con los diferentes factores de ponderación y como los datos de gasto (excepto hospitalización) se referían a un período de 15 días, se multiplicaron por 26 para expandirlos a un año.

Para los gastos de hospitalización, como se disponía de su fecha exacta se contó un período de doce meses antes de la encuesta para restituir el gasto anual.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES. Se utilizaron 2, gasto individual y gasto familiar. En cada una se analizaron sus componentes:

- a. Gasto dental, es el causado por la atención odontológica.
- b. Gasto de atención médica, que se discrimina en tres subcomponentes.
 - Gasto en consultas.
 - Gasto en drogas.
 - Otros gastos, que incluyen todos los medios de diagnóstico.
- c. Gasto en hospitalización.
- d. Gasto total en salud, es la suma de a+b+c.

El gasto familiar es la sumatoria de los gastos individuales de las personas que integran cada hogar.

Estas variables se generaron a partir de las preguntas 4e, 5e y 7k, que se refieren a gastos directos incurridos en salud y no cobijan, por tanto, deducciones (cotizaciones, etc.) hechas regularmente del sueldo, ni primas de seguros, ni gastos indirectos como transporte. Tampoco se incluye lo que se dejó de percibir mientras se estuvo enfermo.

El gasto en consulta se refiere a todo tipo de consultas tanto médicas como de curandero, farmaceuta, tegua, etc.

El gasto en drogas se refiere a fármacos prescritos o auto-medicados; muy posiblemente no incluye las drogas consumidas en el hospital, que casi siempre se incluyen dentro de la cuenta global que se paga a los hospitales.

El gasto dental se refiere tanto a lo pagado a odontólogos como también a licenciados, teguas, etc.

VARIABLES INDEPENDIENTES. Ingreso. Se tomó el ingreso familiar anual obtenido de la pregunta 16. Como se preguntaba tanto el ingreso mensual como el anual, se prefirió el primero siempre que fuese posible, por considerarlo más confiable; este caso se multiplicó por 12 para obtener el ingreso anual.

Cuando el ingreso mensual no aparecía, se tomó directamente el ingreso anual informado.

Existen varias limitaciones importantes de tener en cuenta.

a. Es posible que las personas hayan respondido a esta pregunta con diferentes criterios. Unas pueden haber respondido con base en el ingreso bruto, antes de las deducciones; otras pueden haber utilizado como base el ingreso neto después de las deducciones y algunas podrían inclusive haber deducido el impuesto de renta, especialmente en la forma de retención en la fuente; si bien esta última probabilidad es más remota, pues precisaría mayor elaboración y cálculo.

El instructivo del manual de entrevistas no establece guías claras a este respecto y no se sabe de ningún estudio metodológico que permita estimar qué proporción de individuos utilizó uno u otro criterio.

Se utiliza un estimativo de ingreso que se supone fundamentado antes del impuesto a la renta, pero proporción desconocida de los habitantes, ha basado en su ingreso bruto, y otra proporción en su ingreso neto; en este último caso también estaría cobijando en parte el impuesto a la renta (retención en la fuente).

b. Al multiplicar por 12, se subestima el ingreso anual en el caso de los salarios que por los regímenes de prestaciones tienen uno o más salarios mensuales adicionales al año. Una solución diferente era impracticable dada la variedad de esos

Cuadro I
Elasticidad-Ingreso del Gasto Familiar Total en Salud y por Componentes.
Colombia, 1977-1980 (pesos de diciembre de 1980)

Intervalor de ingreso (1)	Promedio de ingresos \$ (2)	Elasticidad-ingreso del gasto						
		Total (3)	Dental (4)	Atención médica (5)	Hospital (6)	Consulta (7)	Drogas (8)	Total (9)
Menos de 36 000	22 301.9	0.418	0.555	0.377	0.694	0.490	0.294	1.156
36 000-59 999	48 090.2	0.544	0.297	0.539	0.867	0.584	0.540	0.526
60 000-89 999	72 746.0	1.002	1.654	0.954	0.538	1.635	0.846	(0.100)
90 000-119 999	104 201.1	0.880	2.248	0.538	1.282	0.473	0.272	2.503
120 000-199 999	153 680.3	0.847	1.972	0.292	1.020	0.839	0.087	0.111
200 000-299 999	244 072.4	0.567	0.331	0.628	1.026	0.923	0.338	10.56
300 000 y más	556 458.8							

regímenes por una parte, y por otra, porque no todos los ingresos son de origen salarial.

Los datos obtenidos posiblemente no son un estimativo muy preciso del ingreso.

Lo que sí es obvio a través de los distintos análisis realizados es su capacidad clasificadora de la población por niveles de ingreso y su importancia como variable independiente.

Se utilizaron las siguientes categorías en pesos de diciembre de 1980: menos de \$36 000; 36 000 a 59 999; 60 000 a 89 999; 90 000 a 119 999; 120 000, a 199 999; 200 000 a 299 999; y 300 000 o más (Cuadro 1).

Edad. Menores de 1 año; 1 a 4; 5 a 14; 15 a 24; 25 a 34; 35 a 44; 45 a 59; 60 y más.

Sexo. Hombres y mujeres.

Estado civil. Casado, soltero, separado o divorciado, viudo, unión libre.

Educación: Se utilizó la pregunta 10b: ¿cuál es el curso (año) más alto de estudio que usted ha aprobado?

Se tomaron las siguientes categorías: Ninguna educación; 1 a 3 años; 4 a 5 años; 6 a 10 años; y 11 y más. Esta clasificación se refiere a años cursados y aprobados (escolaridad). Por tanto las personas que aparecen con cero años aprobados no necesariamente corresponden a la categoría de analfabetas.

Urbanización. Se utilizaron siete estratos para este análisis: población dispersa; menos de 2 500 habitantes; de 2 500 a 14 999; de 15 000 a 99 999; de 100 000 a 499 999; de 500 000 a 1 499 999; y de 1 500 000 y más.

Región. Se utilizaron las 5 grandes regiones empleadas en el diseño del estudio. Costa atlántica: Guajira, Magdalena, Cesar, Atlántico, Bolívar, Córdoba.

Región central: Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, Huila.

Región oriental: Santander del Norte, Santander, Boyacá, Meta, Cundinamarca.

Región pacífica: Chocó, Nariño, Cauca, Valle y por último, Bogotá.

Afiliación de la seguridad social. Se obtuvo de la pregunta 11a: ¿Tiene usted derecho a utilizar alguno de los siguientes sistemas de seguridad social? Se tomaron 2 categorías: afiliados y no afiliados. Se consideraron afiliados a algún sistema de seguridad social las personas que en la pregunta 11a respondieron tener derecho a utilizar alguno de los siguientes sistemas de seguridad social: ISS, Cajas de Previsión, Caja de Compensación, otro sistema de seguridad.

Se consideraron no afiliados a ningún sistema de seguridad social las personas que respondieron negativamente incluyendo quienes dijeron tener seguros médicos privados.

Actividad de las personas. Se construyó con base en la pregunta 9a: ¿En qué actividad ocupó la mayor parte del tiempo la semana pasada y antepasada? Se utilizaron 9 categorías: trabajando, buscando trabajo, estudiando, oficios del

hogar, rentista, jubilado o pensionado, incapacitado, otra actividad, inválido.

Esta pregunta sólo clasifica dentro de la categoría "trabajando" a las personas que durante las dos semanas anteriores a la encuesta desarrollaron efectivamente alguna actividad laboral como trabajo asalariado, trabajo por ganancia y trabajo familiar no remunerado.

La categoría "otra actividad" recoge, en parte, población económicamente activa puesto que aquí se incluyó entre otros a quienes durante el período de referencia no trabajaron debido a enfermedad, accidente de trabajo, vacaciones, ausencia sin permiso e interrupción del trabajo a causa de motivos como el mal tiempo o avería en las máquinas. También la categoría "incapacitado" puede contener alguna población económicamente activa pues se refiere a personas temporalmente enfermas o incapacitadas y que esperaban estar en condiciones de volver al trabajo.

Posición ocupacional. Se construyó con fundamento en la pregunta 9g y se hicieron 6 agrupaciones: empleado, obrero, empleado doméstico, patrón, trabajador independiente, familiar sin remuneración.

Actividad de la empresa. Se construyó con base en la pregunta 9f. ¿A qué se dedica principalmente la empresa o establecimiento en el que realizó su trabajo (rama de actividades)?

Se formularon 4 agrupaciones o sectores: sector primario que comprende agricultura, ganadería, minería, etc.; sector secundario que comprende manufactura y construcción; y sector terciario con dos componentes: de una parte electricidad, agua y gas; y de otra, comercio, transportes, finanzas, comunicaciones y demás servicios.

Tiempo al hospital más cercano. Se construyó con base en la pregunta 14a. Se aplicó sólo a la población residente fuera de las cabeceras municipales. Para este análisis se utilizaron las siguientes agrupaciones: menos de 1 hora; 1 hora; 2 horas; 3 a 4 horas; y 5 y más horas.

Tiempo al centro o puesto de salud más cercano. Se construyó en forma similar a la anterior, utilizando la pregunta 14b.

HALLAZGOS

En este primer análisis se describe el comportamiento del gasto, tanto familiar como individual, de acuerdo con la edad del jefe del hogar y de los individuos, el sexo del jefe del hogar y de los individuos, el ingreso familiar anual, la educación del jefe del hogar y de los individuos, el nivel de urbanización, la región, la actividad de las personas, la posición ocupacional, la actividad económica de las empresas, la afiliación a sistemas de seguridad social, el estado civil, la distancia al centro de salud y al hospital, el tamaño del hogar y el número de personas trabajando.

En pesos constantes de diciembre de 1980 los colombianos gastaron (de su bolsillo) en salud \$66 249 millones, lo que corresponde a \$14 477,90 al año por cada hogar colombiano y \$2 686, 11 al año por cada persona.

El gasto en salud representó 12.1% del ingreso familiar. En el grupo de mayores ingresos esa proporción fue sólo 8.1%, en tanto que en el grupo de menores ingresos fue 25.5%.

Se encontró una relación directa entre ingreso familiar y gasto familiar individual, si bien la tasa de crecimiento del gasto decrece a partir de los \$120 000 de ingreso familiar anual (Figura 2).

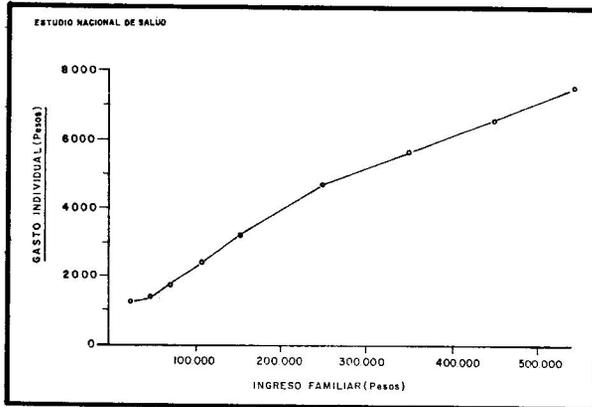


Figura 2. Gasto individual promedio en salud al año por ingreso familiar anual. Colombia, 1977-1980.

El análisis de elasticidades mostró que en conjunto los bienes y servicios de salud se comportan como bienes normales (elasticidad positiva y menor que uno) pero que los gastos en hospitalización y odontología se comportan a partir de los niveles medios de ingresos, como bienes superiores (elasticidades positivas y mayores que uno) (Figura 2).

El gasto en drogas representó, 46.0% del total; odontología, 21.8%; consulta, 17.0%; hospitalización, 8.4%; y otros (laboratorio, rayos X, etc.) 6.9%. Estas proporciones varían notablemente según el nivel de ingreso.

Mientras el gasto en drogas representó 68.0% del gasto en el grupo de menores ingresos, y sólo 26.5% en el de mayores, el gasto dental representó 9.0% y 30.0%, respectivamente (Figura 3).

La distribución regional del gasto se asoció fundamentalmente con la distribución regional del ingreso (R: .94). La

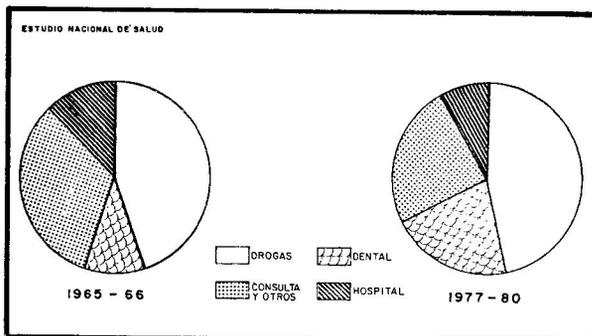


Figura 3. Gasto en salud por componentes. Colombia, 1965-1966 y 1977-1980.

región atlántica mostró un comportamiento atípico con una proporción del gasto muy superior a su proporción de ingreso (26.0% vs. 14.4%).

El nivel educativo del jefe del hogar estuvo asociado positivamente con el gasto de las familias, así como lo estuvo el nivel educativo de los individuos con el gasto individual (Figura 4).

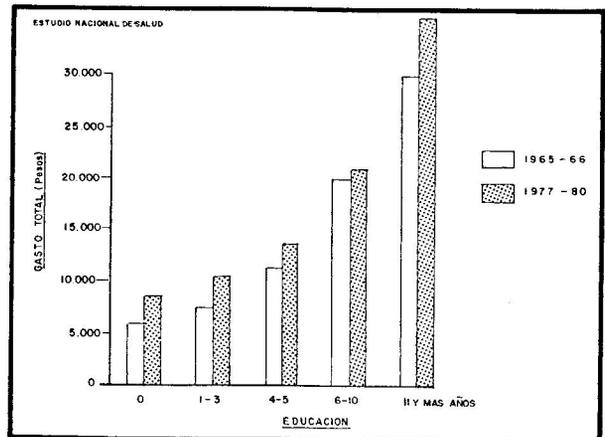


Figura 4. Relación entre el nivel educativo del jefe del hogar y el gasto total en salud. Colombia, 1965-1966 y 1977-1980.

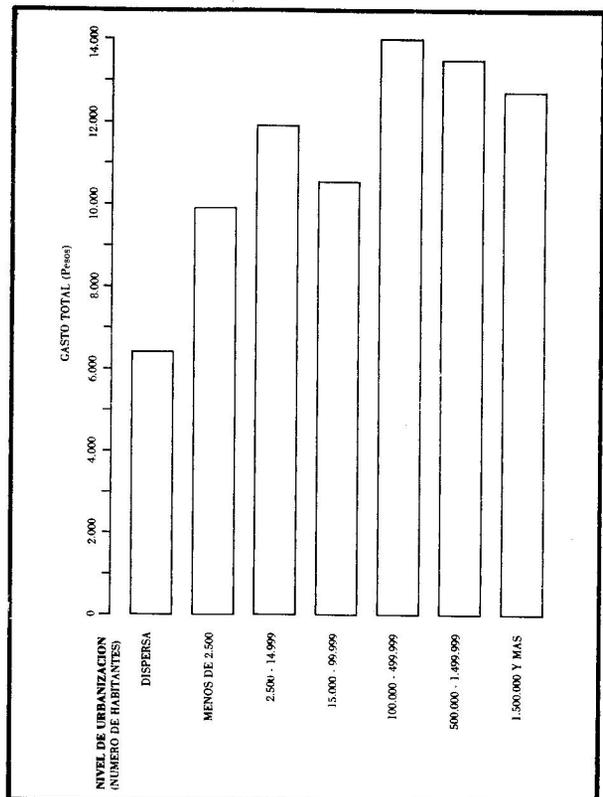


Figura 5. Relación entre nivel de urbanización y el gasto total en salud. Colombia, 1977-1980.

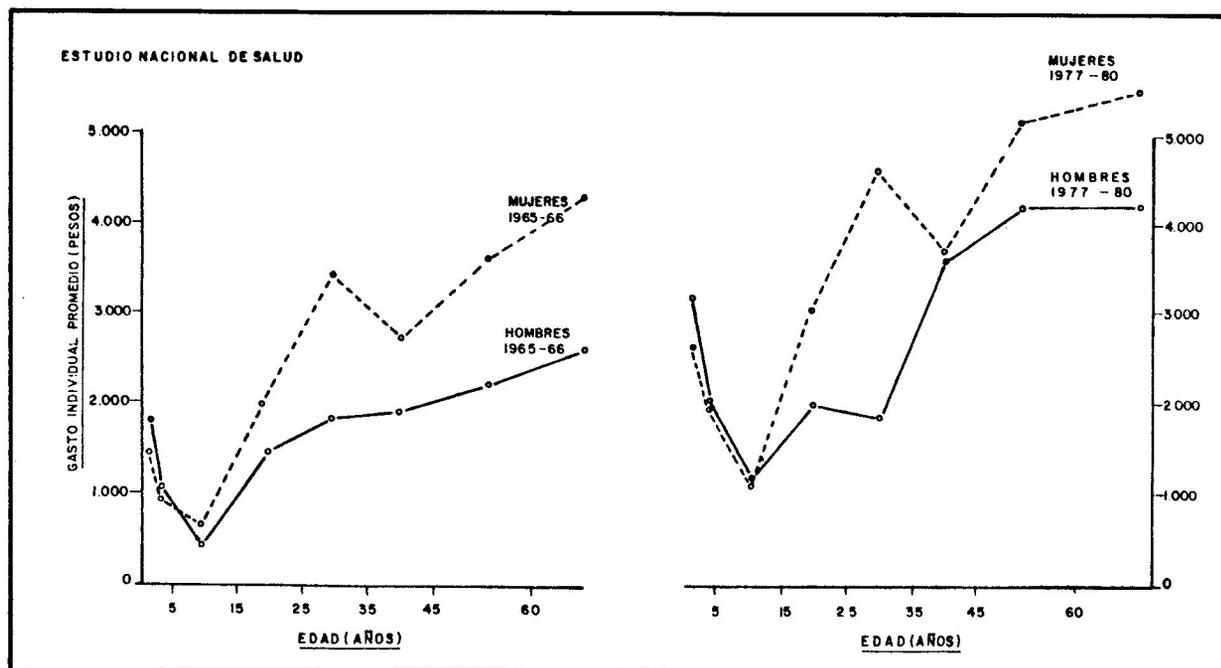


Figura 6. Gasto individual promedio al año en salud por edad y sexo. Colombia, 1965-1966 y 1977-1980.

Los hogares cuyo jefe era hombre, tuvieron un gasto 53.0% mayor que aquellos cuyo jefe era mujer.

A nivel de gasto individual las mujeres gastaron en salud 31.0% más que los hombres.

El nivel de urbanización mostró una relación directa con el gasto familiar individual, aun después de controlar por nivel de ingreso y por educación (Figura 5).

El gasto familiar aumentó en la medida que aumentó la edad del jefe del hogar desde 15 hasta 59 años. A partir de los 60, disminuyó.

El gasto individual por su parte disminuyó a partir de los menores de un año hasta el grupo de 5 a 14 años y desde allí, aumentó progresivamente (Figura 6). Los incapacitados, inválidos y rentistas fueron quienes presentaron mayores gastos, en tanto que los estudiantes y desempleados presentaron los menores.

Los patrones gastaron 5.5 veces más que los obreros, 1.8 más que los empleados y 2.3 veces más que los trabajadores independientes.

Las personas vinculadas al sector comercio fueron quienes mostraron el mayor gasto, en tanto que las vinculadas a la agricultura y a la minería mostraron el menor gasto.

La población con algún sistema de seguridad social gastó 24.0% más que la población no asegurada.

Las comparaciones con los datos obtenidos 15 años antes, mostraron una gran consistencia en los resultados. Las relaciones básicas entre el gasto y las variables independientes

son las mismas, observándose sólo cambios de magnitud indicativos de tendencias importantes.

En pesos constantes de diciembre de 1980, el gasto total en salud aumentó en 61.5% en el período. Disminuyó la diferencia en el gasto entre el grupo de mayores y el de menores ingresos debido a una menor tasa de aumento para el grupo de mayores ingresos e igualmente disminuyó la diferencia entre el gasto del grupo de mayor nivel educativo y el grupo de menor educación debido a que el primero experimentó un descenso en su gasto.

El análisis de la composición del gasto por sus componentes mostró que el gasto en odontología pasó de representar 11.0% del total en 1965, a 22.0% en 1977 a 1980.

SUMMARY

Data on health expenditures from two national surveys are analyzed. The mean expenditure for a Colombian in 1980 was \$2 686.00 with an impact of 12.1% of total family income. Data are presented according to some variables like level of income, education, urbanization.

REFERENCIAS

- Gómez, L. C.: **El estudio nacional de salud**. Minsalud. ASCOFAME. Bogotá. 1981.
- Gómez, L. C. y Losee, G.: **La muestra maestra del subsistema de información en salud**. Minsalud. Bogotá. 1978.
- Pabón, A.: **Manual de entrevistas domiciliarias**. Minsalud. ASCOFAME. Bogotá. 1981.
- Minsalud-ASCOFAME: **Estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia. Métodos y resultados**. Bogotá. 1969.