



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Gasto de bolsillo de las familias y pacientes con cáncer, afiliados al régimen subsidiado y atendidos en el hospital Pablo Tobón Uribe durante el año 2020.

Autor(es)

**Luis Daniel Castaño López
Maira Alejandra Montoya Agudelo
Natalia Montoya Bolívar**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2021**



Gasto de bolsillo de las familias y pacientes con cáncer, afiliados al régimen subsidiado y atendidos en el hospital Pablo Tobón Uribe durante el año 2020.

**Luis Daniel Castaño López
Maira Alejandra Montoya Agudelo
Natalia Montoya Bolívar**

**Trabajo de grado optar al título de profesional en Administración en Salud
con énfasis en Gestión de Servicios de Salud**

**Asesor:
John Edison Betancur Romero
Magister en Epidemiología**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2021**

Tabla de contenido

1. Glosario	7
2. Resumen	8
3. Introducción	9
4. Planteamiento del problema.	10
5. Justificación	13
6. Objetivos.....	15
6.1 Objetivo General.....	15
6.2 Objetivos Específicos.....	15
7. Marco referencial	16
7.1 Marco Teórico.....	16
7.2 Marco Contextual.....	28
7.3 Marco conceptual.	29
7.4 Marco Normativo.	31
8. Metodología.	32
8.1 Tipo de estudio.	32
8.2 Fuentes de información.	33
8.2.1 Fuente de información primaria:	33
8.2.2 Fuentes de información secundarias:	37
8.3 Manejo de datos	38
8.3.1 Periodo de recolección.	38
8.3.2 Recolección y análisis de datos.....	38
8.4 Plan de Análisis de la Información.....	39
8.5 Consideraciones Éticas.	39
9. Resultados.	42
10. Discusión	49
11. Conclusiones.....	55
12. Referencias.	56
13. Anexos.	59

Lista de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de las variables socioeconómicas	34
Tabla 2. Operacionalización de las variables de costos directos médicos	36
Tabla 3. Operacionalización de variables de Costos Directos No Médicos	37
Tabla 4. Características demográficas y socioeconómicas de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Pablo Tobón Uribe, 2020.	43
Tabla 5. Costos directos médicos de los pacientes y sus familias.	45
Tabla 6. Costos directos no médicos de los pacientes y sus familias.	46
Tabla 7. Gasto de bolsillo que asumen los pacientes y sus familias en la atención del cáncer.	47

Lista de Gráficos

Grafico 1. Participación porcentual del gasto de bolsillo en el gasto total en salud 2011	25
Grafico 2. Descripción de los fundamentos sobre el cáncer	30
Grafico 3. Distribución porcentual de la población según subregión de procedencia	42

Lista de Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado para participación en encuesta telefónica	59
Anexo 2. Instrumento de recolección de información.	62

1. Glosario

Gasto de bolsillo: Los gastos de bolsillo son los pagos directos que tiene que hacer los hogares en bienes y servicios del sector salud como medicamentos (no incluidos en el POS), hospitalizaciones o procedimientos ambulatorios, entre otros.

Gasto Catastrófico: se define como todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de los miembros del hogar.

Régimen Subsidiado: El régimen subsidiado es el conjunto de normas que orienta y rige la afiliación de la población sin capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se encuentran afiliadas a este régimen los núcleos familiares sin capacidad de pago, quienes han sido identificadas (mediante la encuesta SISBEN) como población pobre y vulnerable. La cotización de estas personas es pagada, parcial o totalmente, por el Estado a una Administradora del Régimen Subsidiado, ARS.

Hogar: Está constituido por una persona o grupo de personas, parientes o no, que viven (duermen) en la totalidad o en parte de una vivienda y comparten generalmente las comidas. También constituyen un hogar las personas que se asocian para vivir bajo el mismo techo, aunque no compartan las comidas.

Seguridad social en salud: derecho que tiene toda persona a protegerse contra los riesgos que afecten sus condiciones de vida, en especial los que menoscaban su capacidad económica y su salud. Es un servicio público con carácter obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y es prestado por las entidades públicas, privadas y/o mixtas.

OCDE: La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico es un Organismo Internacional de carácter intergubernamental del que forman parte 37 países miembros.

PIB (Producto interno bruto): Es el total de bienes y servicios producidos en un país durante un período de tiempo determinado. Incluye la producción generada por nacionales residentes en el país y por extranjeros residentes en el país, y excluye la producción de nacionales residentes en el exterior.

El gasto en salud total (% del PIB) es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

2. Resumen

INTRODUCCIÓN: El gasto de bolsillo constituye un indicador importante a considerar al momento de evaluar el desempeño de un sistema de salud en cuanto a la protección financiera que ofrece. Colombia es de los países que presenta menor proporción de gasto de bolsillo en América Latina, sin embargo no se conoce el gasto de bolsillo de los pacientes con diagnóstico de cáncer y afiliados al régimen subsidiado en salud. **OBJETIVO:** Determinar el gasto de bolsillo de las familias y pacientes, con diagnóstico confirmado de cáncer afiliados al régimen subsidiado, atendidos en el hospital Pablo Tobón Uribe durante el año 2020. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo en muestra aleatoria de 126 pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer atendidos en el HPTU en el 2020. La información fue recolectada a partir de un instrumento de recolección de información previamente diseñado. La información fue analizada a partir de estadísticas descriptivas e inferenciales. **RESULTADOS:** El total de gasto de bolsillo de las personas encuestadas fue del 19.0%. Donde sexo femenino fue quien reporto mayor proporción de gasto de bolsillo con 20.7%, en comparación con el sexo masculino (16.7%). Al incluir dentro del gasto de bolsillo, los costos asociados al transporte, alimentación y hotelería, este valor ascendió al 43,3%, siendo los pacientes de la región Occidente, quienes reportaron la más alta proporción de bolsillo (74,1%). **CONCLUSIÓN:** Los pacientes con cáncer requieren mayor protección financiera, mediante sinergias de políticas públicas y estrategias que contribuyan en la disminución de la pobreza y el gasto de bolsillo.

Palabras claves: Gasto de bolsillo, costos directos médicos, costos directos no médicos, Cáncer.

3. Introducción

El gasto de bolsillo es definido como los pagos directos realizados por los hogares en bienes y servicios del sector salud, tales como medicamentos, hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, ayudas diagnósticas, materiales e insumos y pagos por consultas médicas, especialmente cuando estos rubros no son cubiertos por el sistema de salud o no son entregados de manera oportuna (1).

De esta forma, la proporción de gasto en salud correspondiente a gasto de bolsillo constituye un indicador importante a considerar al momento de evaluar el desempeño de un sistema de salud en cuanto a la protección financiera que ofrece. El análisis del gasto de bolsillo puede ayudar a los formuladores de políticas y tomadores de decisiones a identificar problemas en el modelo de provisión de servicios, especialmente cuando se trata de población vulnerable, como suelen ser los pacientes con cáncer afiliados al régimen subsidiado en salud.

Considerando lo anterior, este trabajo indaga por el gasto de bolsillo en una muestra de pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer, afiliados al régimen subsidiado en salud y que fueron atendidos en una unidad de oncología en la ciudad de Medellín. Para esto, el gasto de bolsillo fue analizado desde dos perspectivas: a) gasto de bolsillo estimado a partir de los costos directos médicos que asumen los pacientes y sus familias y b) gasto de bolsillo estimado a partir de los costos directos médicos y no médicos. Este último aspecto agrega al análisis los pagos que realizan los pacientes y sus familiares por concepto de transporte, alimentación, hotelería y gasto de cuidador o acompañante. Lo anterior, incorpora que los centros de salud de alta complejidad suelen ubicarse en los grandes cascos urbanos, por lo cual, la población dispersa debe recorrer grandes distancias para acceder a un servicio oncológico y desde luego esto implica mayor gasto en salud.

Es así, como el objetivo de la siguiente investigación fue determinar el gasto de bolsillo de las familias y pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer afiliados al régimen subsidiado en la unidad de oncología del Hospital Pablo Tobón Uribe durante el año 2020.

El trabajo se desarrolla a partir de una investigación cuantitativa con enfoque retrospectivo, que emplea la encuesta como instrumento de recolección de información en muestra aleatoria y representativa de 126 pacientes.

4. Planteamiento del problema.

En el mundo, el interés por mejorar la calidad de vida de la población se hace evidente a través del aumento del gasto en bienes y servicios del sector de la salud. Según datos de la OCDE a 2019, el gasto en salud promedio de los países miembros fue aproximadamente de USD \$4.000 por persona, siendo Estados Unidos el país con más gasto, cercano a los USD \$10.000 por residente, donde el gasto en salud ha superado ampliamente el crecimiento económico en el pasado, estimando que el gasto alcanzará el 10,2% del PIB para 2030, frente a 8,8% reportado en los países de la OCDE en 2018 (2).

En la región de América Latina y el Caribe (ALC), para 2017 el gasto corriente en salud representó el 6,6% del PIB en la región, suponiendo un aumento del 0,09 puntos porcentuales con respecto al 2010. En general, este indicador varió en la región desde el 1,1% en Venezuela hasta 11,7% en Cuba, mientras Colombia se ubicó entre un 7 y 8%. En ALC el gasto corriente en salud per cápita a 2017 fue de 1.025 dólares, dedicando alrededor 59% a los esquemas gubernamentales y seguros obligatorios, en tanto el 41% se destina a gasto de bolsillo, planes voluntarios, y recursos externos (3).

Considerando lo anterior, el gasto en salud (GS) ha sido considerado como un inversión en capital humano que permite alcanzar una calidad de vida adecuado y, a su vez, contribuye al crecimiento económico de las naciones (4). El GS, se divide en dos según la fuente de financiación: gasto público y gasto privado. Dentro del gasto privado, se encuentran los seguros privados en salud y los gastos de bolsillo. Estos últimos, corresponden a los gastos directos asumidos por los hogares y pacientes y comprenden los acuerdos de gastos compartidos y pagos informales dados a los proveedores de salud (1).

En lo referente al gasto de bolsillo, la literatura ha informado que es un indicador importante toda vez que afecta en forma directa la capacidad de pago de los hogares, a su vez, sirve de referencia para evaluar un Sistema de Salud, en función de la protección financiera que este ofrece a sus ciudadanos (1,5) Para 2016 el gasto de bolsillo en proporción al gasto total en salud en los países de la OCDE fue del 20%, Colombia se ubicó por debajo del promedio con un 15,4% (6). Igualmente, Colombia en estudio realizado por miembros del Grupo de Financiamiento de la Salud del estudio de Carga de la Enfermedad en 195 países del mundo, revelo que la fracción del gasto que asumen las familias de su bolsillo es de los más bajos del mundo, equivalente al 20, % del total del gasto en salud, en tanto América Latina se ubicó en promedio en 42,7%, siendo Colombia el segundo más bajo de la región (7).

El gasto en salud en Colombia se divide en dos según la fuente de financiación, gasto público y gasto privado. Dentro de los gastos financiados con recursos públicos se encuentran: el régimen contributivo, el régimen subsidiado, la prestación de servicios a la población pobre no asegurada (PPNA), la Salud Pública y lo correspondiente a otros servicios y programas institucionales. Por otro lado, el gasto privado se compone de los seguros privados en salud (medicina prepagada, otros seguros voluntarios y el seguro Obligatorio de Tránsito – SOAT) y los gastos de bolsillo en salud (1).

De otro lado, los países de América latina y el Caribe están pasando por rápidos cambios sociodemográficos y epidemiológicos que los han llevado hacia una transición de las enfermedades infecciosas a las crónicas (8). Al respecto, la carga económica que representa el cáncer en los sistemas de salud es cada vez más alta, de acuerdo con un estudio elaborado por The Economist Intelligence Unit en 2009, se halló que, por sí solos, los casos de cáncer les cuestan a las economías de 12 países de América latina un total de USD 4.200 millones por año, incluidos los costos médicos y la pérdida de productividad laboral. Sin embargo, en cada país son diferentes los resultados entre la incidencia, la mortalidad o la carga económica. Por ejemplo, entre los 12 países de estudio, en el año 2015, Uruguay ocupó el porcentaje más alto de muertes atribuidas al cáncer con el 27% siendo la segunda causa de muerte en ese país, seguido por Chile con el 26%, Costa Rica con el 23% y Argentina con el 22%. Pero, en México y Bolivia la mortalidad es de tan solo del 10% y el 9% respectivamente, siendo la tercera causa de muerte. Colombia reportó un porcentaje del 19% (9).

En Colombia se reportaron 279.155 casos de cáncer a 2019 en población adulta, con una prevalencia de 587,70 casos por cada 100.000 habitantes. Durante este periodo, se registraron 18.108 fallecidos por esta causa (10).

Según cifras del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá de seis pacientes con cáncer, cuatro de ellos fallecen, muchos por la avanzada etapa en la que se encuentra el tumor, otro tanto perece por un diagnóstico tardío. Entre las razones más significativas por las cual sucede el fallecimiento son: las asignaciones tardías de diagnósticos, pero en especial los altos costos de algunos medicamentos y exámenes en el área de la oncología (11).

Se ha estimado, que en promedio el costo de un tratamiento para el cáncer en el 2015 fue aproximadamente de \$32.425.000. Al respecto es importante considerar que este valor puede cambiar según la quimioterapia que requiera el paciente de acuerdo con el tipo de tumor y los ciclos que necesite para su tratamiento (11).

Los índices de no asistencia a consultas médicas especializadas para la aplicación de quimioterapia se ha calculado cercano al 10%, entre tanto la inasistencia a los tratamientos de radioterapia en el 9,5%, mientras que los tratamientos de

quimioterapia se reduce a menos del 3%, explicado principalmente por razones socioculturales ligadas a la disponibilidad de recursos económicos, creencias religiosas, culturales, dificultades administrativas con las entidades aseguradoras en la entrega de medicamentos, autorizaciones y dispositivos a utilizar en estos procedimientos (12).

Entre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento se encuentra; el incremento del consumo de recursos de la salud, como, por ejemplo, más visitas al médico, mayores tasas de hospitalización y estancias prolongadas, oportunidad en las citas, los altos costos de los medicamentos y la entrega inoportuna de estos (13).

Considerando lo anterior, se hace evidente que los factores económicos o de gasto privado (gasto de bolsillo) que deben asumir las familias en el tratamiento de los pacientes que padecen cáncer, es un factor determinante para acceder a un servicios de salud (12). Al respecto, algunos autores han indagado por el gasto de bolsillo en población general (4,5,14,15). Y otros han indicado que existe un vacío en la literatura de estudios que midan los costos para los pacientes y familiares especialmente en cáncer (16).

De esta manera, se podría plantear que el gasto de bolsillo como fuente de financiamiento de los sistemas de salud, es la menos equitativa, porque afecta en mayor medida a lo población pobre y en condiciones de vulnerabilidad, que deben renunciar en satisfacer otras necesidades básicas. Adicionalmente, se convierte en una barrera de acceso a los servicios de salud y deriva en mayores niveles de pobreza, al ocupar una parte importante de los ingresos de un hogar (12).

Teniendo en cuenta lo anterior, la pregunta que surge para el trabajo de investigación es: ¿Cuál es el gasto de bolsillo de las familias y pacientes con cáncer afiliados al régimen subsidiado atendidos en el Hospital Pablo Tobón Uribe, año 2020?

5. Justificación

El estudio se relaciona con el pensamiento de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, que considera el buen estado de salud como un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y un requisito del desarrollo humano con equidad: las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud. Por lo tanto, se vuelve imperativa la identificación de los aspectos condicionantes que impiden el acceso equitativo y justo a los servicios de salud. Las medidas que se deriven de esta identificación, se consideran elementos importantes para las acciones gubernamentales orientadas a romper el círculo vicioso de la pobreza y lograr el desarrollo humano sostenible (17).

La presente investigación avanza en la generación de evidencia relacionado con los pagos o gastos de las pacientes y sus familias cuando se padece una enfermedad de alto costo en el país, en este caso el cáncer. Es así, como conocer el porcentaje de gasto de bolsillo en esta población, puede contribuir a una mejor comprensión de la operación y financiación de sistema de salud. Igualmente, esta investigación buscó conocer la intervención o apoyo que reciben las personas con una enfermedad de alto costo y cómo estas pueden afectarse con los gastos en que incurre durante su proceso de enfermedad. Se busca generar una aproximación a las posibles causas de estos gastos y que pueden condicionar la asistencia a las citas con especialistas, quimioterapias, radioterapia, la deserción a los tratamientos entre otros.

Este trabajo, se centra en la población del régimen Subsidiado, por ser la población más vulnerable y por ser considerada de escasos recursos, en comparación de la población del régimen Contributivo que cuenta con capacidad de pago y pueden adquirir más “fácilmente” las tecnologías en salud que impliquen su enfermedad. En el régimen subsidiado encontramos la mayor población con barreras en servicios de salud, con mayores inequidades y desigualdades para a la hora de acceder a una atención en salud, es a esta población a la que queremos llegar, analizar e identificar el gasto de bolsillo.

La investigación busca aportar información relevante para mejorar la asignación de recursos sectoriales y para el diseño de políticas que incidan sobre el gasto de bolsillo, hacia el fortalecimiento del derecho a la salud y la equidad en el acceso a los servicios. Es así, como estudiar el comportamiento del gasto de bolsillo a partir del conocimiento de sus variables, se constituye en un tema importante para profundizar sobre el funcionamiento del sistema de salud, que puede aportar en la formulación de políticas conducentes a su reducción y financiamiento de las enfermedades de alto costo.

En cuanto al aporte relacionado con la academia y la producción científica, el estudio amplía el tema del gasto de bolsillo en salud definido desde diversos aspectos: una reflexión teórica a partir de la filosofía política y discusión conceptual relacionada con el financiamiento y los gastos de bolsillo en salud. De igual manera, se contribuye al fortalecimiento de la línea de investigación de la Universidad de Antioquia, en la cual se podrá continuar profundizando en el tema del gasto de bolsillo en salud.

Uno de los más importantes desafíos que se plantean en el campo del gasto de bolsillo, es que el derecho a la salud sea reconocido como prioritario en las agendas públicas y en las actividades gubernamentales, que se comprenda el gasto de bolsillo como un factor de pobreza e inequidad, dado que hay enfermedades que requieren de un gasto mayor. Por lo tanto, el conocimiento de temas sensibles en esta área como puede ser la igualdad en el financiamiento, posibilitará la dinámica del diálogo entre los diversos actores interesados en la problemática y entre quienes tengan mayor incidencia en las decisiones gubernamentales.

Por lo anterior se decide realizar el estudio sobre el gasto de bolsillo en pacientes con cáncer atendidos en la unidad de oncología del Hospital Pablo Tobón Uribe.

6. Objetivos

6.1 Objetivo General

- Determinar el gasto de bolsillo de las familias y pacientes mayores de edad, con diagnóstico confirmado de cáncer afiliado al régimen subsidiado, atendidos en el Hospital Pablo Tobón Uribe durante el año 2020.

6.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la situación socioeconómica y demográfica de los pacientes con diagnóstico de cáncer afiliados al régimen subsidiado, atendidos en el Hospital Pablo Tobón Uribe.
- Estimar los costos directos médicos de los pacientes y sus familias asociados a su atención y tratamiento del cáncer.
- Establecer los costos directos no médicos que se encarga el paciente atribuido de su enfermedad
- Establecer el gasto de bolsillo que asumen los pacientes y sus familias en la atención del cáncer.

7. Marco referencial

7.1 Marco Teórico.

Cáncer

La Organización Mundial de la Salud define el cáncer como: “Un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco” (18).

De acuerdo con la asociación española contra el cáncer, Nuestro organismo está constituido por un conjunto de células sólo visibles a través de un microscopio. Estas células se dividen periódicamente y de forma regular con el fin de reemplazar a las ya envejecidas o muertas, y mantener así la integridad y el correcto funcionamiento de los distintos órganos (19).

El proceso de división de las células está regulado por una serie de mecanismos de control que indican a la célula cuándo comenzar a dividirse y cuándo permanecer estática. Cuando se produce un daño celular que no puede ser reparado se produce una autodestrucción celular que impide que el daño sea heredado por las células descendientes (19).

Cuando estos mecanismos de control se alteran en una célula, ésta y sus descendientes inician una división incontrolada, que con el tiempo dará lugar a un tumor o nódulo. Cuando las células que constituyen dicho tumor no poseen la capacidad de invadir y destruir otros órganos, hablamos de tumores benignos. Pero cuando estas células además de crecer sin control sufren nuevas alteraciones y adquieren la facultad de invadir tejidos y órganos de alrededor (infiltración), y de trasladarse y proliferar en otras partes del organismo (metástasis), hablamos de tumor maligno, que es a lo que llamamos cáncer (19).

Etiología del Cáncer

Los factores que son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre dichos factores se encuentran la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y los traumas. Los investigadores estudian cómo estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa (20).

Tratamiento para el Cáncer.

Hay muchos tipos de tratamiento para el cáncer. El tratamiento que usted recibirá depende de su tipo de cáncer y de lo avanzado que esté. Por lo general algunas personas con cáncer solo recibirán un tipo de tratamiento. Sin embargo, la mayoría reciben una combinación de tratamientos como cirugía con quimioterapia o con radioterapia (21).

Entre los tratamientos para combatir el cáncer están:

La quimioterapia:

Es un tratamiento con uno o más fármacos que frenan el crecimiento de Las células tumorales hasta que las extinguen. Este tratamiento se puede administrar a través de la vena y, en determinados casos, en pastillas (21).

Por regla general, la quimioterapia requiere administrar más de un medicamento. Así, puede ser que tenga que recibir el medicamento X el primer día, el medicamento Y del día primero al tercero y el medicamento Z al cabo de una semana, después de lo cual siguen unos días de descanso hasta que se vuelve a iniciar la misma secuencia o “ciclo”. Estos ciclos suelen repetirse cada 15, 21 o 28 días, según la pauta que usted necesite. Los períodos de descanso entre ciclo y ciclo son necesarios para que su organismo se recupere (21).

La hormonoterapia

Hay algunos tumores cuyo crecimiento se ve facilitado por las hormonas. Así el crecimiento de un cáncer de próstata es facilitado por la testosterona u hormona masculina. A su vez, el cáncer de mama puede crecer más por la acción de los estrógenos y la progesterona, que son hormonas femeninas. La hormonoterapia aprovecha esta circunstancia y consiste en la administración de fármacos “antihormonas”, es decir que contrarrestan la acción de la testosterona, de la progesterona o de los estrógenos, consiguiendo con ello frenar el progreso del cáncer de próstata o de mama. Este tratamiento se administra generalmente por vía oral o en inyección subcutánea (21).

La terapia hormonal bloquea la capacidad de su cuerpo para producir hormonas o interfiere con la forma como se comportan las hormonas, puede causar efectos secundarios indeseados (21). Los efectos secundarios que usted puede tener dependen del tipo de terapia hormonal que reciba y de cómo reacciona su cuerpo a eso. La gente responde de diferente manera al mismo tratamiento, por lo que no todos padecen los mismos efectos secundarios. Algunos efectos secundarios difieren también si usted es un hombre o una mujer (21).

La radioterapia.

Es un tratamiento que utiliza radiaciones para destruir células tumorales localizadas en una zona concreta. Se administra en sesiones breves pero diarias (5 días a la semana), como tratamiento único o asociado a otros tratamientos (quimioterapia o cirugía) (22).

Para algunas personas, la radiación puede ser el único tratamiento que necesitan. Pero, en la mayoría de los casos, es posible tener radioterapia con otros tratamientos para el cáncer, como cirugía, quimioterapia e inmunoterapia. La radioterapia puede administrarse antes, durante o después de estos otros tratamientos para mejorar las posibilidades de que el tratamiento funcione. El tiempo de administración de la radioterapia depende del tipo de cáncer que se está tratando y de si el objeto de la radioterapia es tratar el cáncer o aliviar los síntomas (21).

Hay dos tipos principales de radioterapia, de haz externo y radioterapia interna. El tipo de radioterapia que usted puede necesitar depende de muchos factores, como:

- El tipo de cáncer
- El tamaño del tumor
- La ubicación del tumor en el cuerpo
- Qué tan cerca esté el tumor a tejidos normales sensibles a la radiación
- Su salud en general y su historial médico
- Si usted tendrá otros tipos de tratamiento contra el cáncer
- Otros factores, como su edad y otros padecimientos médicos (21).

Magnitud del Cáncer.

Según la OMS el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. Un 70% de estas muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos. Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son los siguientes (23).

- Pulmonar (1,69 millones de defunciones)
- Hepático (788 000 defunciones)
- Colorrectal (774 000 defunciones)
- Gástrico (754 000 defunciones)
- Mamario (571 000 defunciones)

El cáncer afecta a todos los seres humanos, pero existen marcadas diferencias en los patrones epidemiológicos a nivel internacional, regional e incluso dentro de los propios países o áreas de menor tamaño. Es importante señalar que los datos epidemiológicos sobre la incidencia y la mortalidad por cáncer varían enormemente respecto de su cobertura y calidad a nivel internacional, desde países con registros

de base poblacional que cubren toda una nación con alta calidad de datos, a zonas donde existen apenas datos limitados de base hospitalaria o incluso zonas donde no existen datos simplemente. En este sentido las estimaciones globales realizadas por la IARC son importantes para comparar regiones o países, pero por las razones señaladas, pueden tener en algunos casos limitaciones importantes (23).

En España la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) ha estimado que en el año 2035 habrá 315.413 nuevos casos de cáncer, de los que 198.157 serán hombres y 117.256 serán mujeres, según recoge en su Informe “Las cifras del cáncer en España 2018”. Los casos estimados para el año 2017 han sido de 228.482 nuevos diagnósticos. Afortunadamente la supervivencia de los pacientes con cáncer está aumentando de forma continua en los últimos años, situándose en el 53% a cinco años (24).

El Cáncer en Colombia.

En Colombia, el cáncer representa un problema de salud pública creciente. Abordar la situación actual del cáncer en este país implica describir la situación epidemiológica, considerar algunos determinantes generales de la situación y presentar la respuesta social que se ha dado, particularmente, desde el sistema de salud hacia la prestación de servicios oncológicos. Las políticas y programas nacionales que contribuyen y/o determinan la situación, serán presentadas en el aparte de respuesta social (25).

De acuerdo con las estimaciones de incidencia, en el período de 2000-2006 se presentaron en Colombia cerca de 70.887 casos nuevos de cáncer por año*: 32.316 en hombres y 38.571 en mujeres. En los hombres, la tasa de incidencia ajustada por edad para todos los cánceres (excepto cáncer de piel) fue de 186,6 por 100.000 habitantes. En las mujeres fue de 196,9. Entre los hombres, las principales localizaciones de cáncer fueron en orden decreciente: próstata, estómago, pulmón, colon, recto y linfomas no-Hodgkin. En las mujeres las principales localizaciones fueron: mama, cuello del útero, tiroides, estómago, colon, recto y ano (25).

El cáncer presenta importantes variaciones en términos geográficos. Si se compara con otros países, Colombia, tiene elevadas tasas de incidencia particularmente en cáncer de estómago y cuello uterino en adultos y leucemias agudas en niños. En este país, la variación geográfica de mortalidad por los principales cánceres arroja patrones claramente definidos: por cáncer de estómago existe mayor riesgo de mortalidad en la zona Andina y las cordilleras, por cáncer de mama el incremento del riesgo coincide con los grandes centros urbanos y por cáncer de cuello uterino el mayor riesgo es para las habitantes de departamentos alejados, zonas de frontera y riberas de los grandes ríos (25).

Socialmente también se presentan diferencias y desigualdades en el comportamiento de los distintos cánceres, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino afecta principalmente a las poblaciones más alejadas y pobres, así como a mujeres

del régimen subsidiado; a su vez, casi un 50% de las defunciones por cáncer de mama corresponden a mujeres del régimen contributivo. Esto implica cargas diferenciales en los años de vida potencial perdidos entre regímenes para estos dos cánceres (25).

Enfermedades de alto costo en Colombia.

Son aquellas patologías de curso crónico que supone alto riesgo, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente puede ser susceptible de programación. A causa de las consecuencias que afecta tanto al paciente como a las EAPB cuando se presenta una enfermedad de alto costo se crea la Cuenta de Alto Costo (CAC), que es un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia creado mediante el Decreto 2699 de 2007 que obliga a las EAPB de ambos regímenes y demás EOC (Entidades Obligadas a Compensar) a asociarse para abordar el Alto Costo y opera como un Fondo auto gestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo (26).

Constituye un "Frente Común" para el abordaje del Alto Costo como fenómeno de gran impacto en el país, mediante articulación de Sociedades Científicas, Instituciones Prestadoras, Asociaciones de pacientes y Aseguradoras, que promueve la gestión de riesgos en EPS e IPS mediante pedagogía, difusión de experiencias exitosas, instrumentación y creación de referentes técnicos, para disminuir la tendencia de nuevos casos de alto costo y procurar la calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes con el fin de disminuir los eventos evitables derivados (26).

En Colombia, alrededor del 1 y 2% de la población presenta alguna enfermedad de alto costo, lo que representa una carga enorme a nivel económico para el sistema. Por tanto, es fundamental conocer cuáles son las patologías que pueden recibir el calificativo de Enfermedades de Alto Costo y así distinguirlas del resto de las patologías generales (27).

Las enfermedades de alto costo:

- Cáncer de cérvix
- Cáncer de mama
- Cáncer de estómago
- Cáncer de colon y recto
- Cáncer de próstata
- Leucemia linfoide aguda
- Leucemia mieloide aguda
- Linfoma hodgkin
- Linfoma no hodgkin

- Epilepsia
- Artritis reumatoidea
- Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).»
- La Enfermedad Renal Crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal (27).

El tratamiento del cáncer es uno de los más costosos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud dada las tecnologías en salud disponibles y el costo que estas representan; cirugía, radioterapia y tratamiento sistémico. Históricamente, las hospitalizaciones de los pacientes han sido el factor principal de los costos del tratamiento del cáncer, dado que con el pasar de los tiempos se realizan quimioterapias y terapias con productos biológicos con tecnología médica muy costosas, y cabe resaltar que la medicina ha buscado combatir en cáncer con medicamentos más complementarios para el tratamiento todos estos elementos hacen que el cáncer sea una de las enfermedades más costosas tanto para el sistema como para el paciente y su familia (21).

Costos en Salud

El costo de un bien o servicio está determinado por lo que se debe renunciar en cantidad al consumo del siguiente mejor bien o servicio (Costo de oportunidad). Es decir, que el costo es el valor de lo que se deja de consumir de un bien a cambio de consumir una mayor cantidad de otro (28).

Los costos en salud son el resultado de la acumulación de todos los costos en que ha sido necesario incurrir para la producción de bienes y prestación de servicios de salud. Dichos costos son la sumatoria de los costos directos e indirectos utilizados en el servicio médico. Es importante considerar que los costos se estiman multiplicando las cantidades de recursos utilizados por el costo unitario de estos recursos, a unos precios que pueden ser constantes o variar a lo largo de la duración del estudio o la enfermedad que se valora. Para comprender un poco más la definición de **costos en salud** es necesario abordar algunos conceptos que son parte de él; tipos de costos: costos directos médicos, costos directos no médicos, costos futuros y costos indirectos (29).

El primero de estos conceptos son los **costos directos médicos (CDM)**: son aquellos costos que están relacionados directamente con los servicios sanitarios y se producen como consecuencia de su utilización para el tratamiento de la enfermedad que padece el paciente. En este grupo de costes entrarían los tratamientos de segunda línea, el manejo de los efectos adversos producidos, el tratamiento de recaídas/recidivas tras el alta del paciente y el manejo de las complicaciones a medio-largo plazo (29).

Existen muchos tipos de costes médicos directos de suma importancia los cuales son:

- ❖ Salario de los profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos, enfermeras, etc.).
- ❖ Medicamentos (adquisición, preparación y administración), dispositivos médicos y otras tecnologías sanitarias.
- ❖ Nutrición parenteral.
- ❖ Procedimientos médico-quirúrgicos (biopsia, diálisis, hemocultivos, etc.).
- ❖ Pruebas complementarias y exámenes radiológicos (TAC, resonancias, ecografías,
- ❖ electroencefalograma, radiografías, etc.).
- ❖ Pruebas diagnósticas y analíticas de todo tipo.
- ❖ Estancias hospitalarias e institucionalización en residencias públicas.
- ❖ Visitas al servicio de urgencias.
- ❖ Tratamientos en hospital de día y hospitalización domiciliaria.
- ❖ Visitas a consulta externa hospitalaria/ambulatorio de especialidades y al médico de familia.
- ❖ Diagnóstico y tratamiento de las reacciones adversas producidas por medicamentos.
- ❖ Rehabilitación, cirugía ambulatoria y transporte en ambulancia.

El segundo corresponde a los **costos no directos médicos (CDNM)**, son costos financiados directamente por el paciente o su familia/amigos, no sufragados por el sistema sanitario. Este tipo de costos es importante en patologías crónicas que cursan con distintos grados de discapacidad (artrosis, artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson, cáncer etc.) y en enfermedades que cursan con alteraciones cognitivas que van a necesitar la contratación de un cuidador (enfermedad de Alzheimer, trastornos psiquiátricos, etc.) (29).

En estos costos directos no médicos más importantes están:

- ❖ Tiempo perdido del paciente y sus familiares/amigos.
- ❖ Desplazamientos y transporte de pacientes (taxis, autobuses, etc.).
- ❖ Cuidados informales (cuidadores y parientes de los pacientes).
- ❖ Dependencia e institucionalización en residencias privadas.
- ❖ Inversiones efectuadas en los domicilios debido a la enfermedad que padece el paciente.
- ❖ Contratación de terceras personas para ayudar en tareas domésticas.

El tercero son los **costos médicos futuros**: los costos médicos futuros son un problema con lesiones graves o afecciones a largo plazo que requerirán atención médica continua. En general, los gastos médicos futuros incluyen gastos de atención médica razonables y necesarios incurridos en el tratamiento de las lesiones sufridas (29).

Y por último están los costos indirectos: los **costos indirectos (CI)** son los relacionados con la disminución o cesación de la capacidad productiva del individuo derivada de las ausencias laborales por enfermedad. Estos costos abarcan tanto la menor productividad de un sujeto enfermo o discapacitado en el trabajo (presentismos), como los días de trabajo perdidos por bajas temporales (absentismo). Otro tipo de costo indirecto es el costo de productividad, que son los costos derivados de la pérdida de productividad y reemplazo debido a una enfermedad con discapacidad o muerte de personas en edad laboral activa y, por lo tanto, todavía productivas (29).

Considerando los elementos anteriormente planteados y referentes al costos en salud, es preciso indicar que la valoración monetaria de los recursos consumidos por los pacientes y sus familiares deben ser estimados, considerando entre otros, el costo de oportunidad (mejor opción terapéutica a la que se renuncia en una elección), aunque como lo ha planteado por razones prácticas lo usual es valorar los recursos en términos de los precios observados en el mercado, asumiendo que estos son reflejo del costo de oportunidad. De esta forma, y para efectos de este trabajo, los costos directos médicos y no médicos que son asumidos directamente por los pacientes y sus familiares serán asumidos como gastos de bolsillo, como se pasará a precisar a continuación (29).

Gasto de Bolsillo

El gasto de bolsillo se define como la proporción del gasto que las familias destinan a través de costos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, en el cual se afecta la economía de las personas, llevándolas a adaptarse a un nuevo enfoque financiero donde debe priorizar el dinero para su enfermedad, la cual puede ser a corto o largo plazo (30).

Con el fin de facilitar la comprensión del término gasto de bolsillo, hemos optado por realizar una clasificación que permita identificar los distintos componentes que conviven tras el rótulo de gasto de bolsillo.

El primero de ellos tiene relación con la forma tradicional de pago privado por servicios ofrecidos en forma privada, a lo que se denomina "pagos de bolsillo puros" o "pagos directos" que financian el 100% del precio de la prestación al momento de

requerir atención de salud. Un ejemplo típico son los tradicionales pagos realizados por la compra de medicamentos y que no están relacionados con algún mecanismo de seguro (31).

Una segunda 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 de la región, en los que los servicios públicos de salud poseen, en general, financiamiento vía arcas fiscales y donaciones externas (31).

Una tercera clasificación 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, como se verá más adelante, el principal objetivo de este tipo de mecanismos es contrarrestar problemas propios de los sistemas de seguro como es el riesgo Moral. También tienen efectos para evitar el crecimiento de los costos asociado a demanda innecesaria por prestaciones de salud (sofisticación tecnológica innecesaria, exámenes y pruebas diagnósticas no justificadas, uso de medicamentos de alto costo a pesar de existir sustitutos genéricos de menor precio, etc.) (31).

Las consecuencias de cualquier enfermedad recaen en primera instancia sobre el individuo que la padece y sobre su familia. El impacto económico se ve reflejado en la disminución del ingreso neto, lo que puede incluso comprometer el patrimonio familiar, pues, por un lado, según la duración y la severidad de la enfermedad puede producirse una pérdida considerable de ingresos al no poder trabajar o al verse afectado el desempeño individual en el futuro; por otro lado, el tratamiento de la enfermedad acarrea para la familia costos de atención médica y de transporte, entre otros (32).

Al momento de un paciente recibir el diagnóstico del cáncer, se enfrenta a múltiples factores sociales y económicos que afectarán su vida diaria, el factor que más afecta a la mayoría de la población diagnosticada es el económico, dado que el costo directo del paciente a su enfermedad puede ser elevado afectando su condición de vida, alguno de los factores que determinan el riesgo de tener dificultades financieras son: (33).

- Situación de ingresos de la persona afectada (salario principal, secundario, etc.).
- Deudas anteriores a la enfermedad.
- Activos.
- Gastos relacionados con la enfermedad.

- Repercusiones de la enfermedad y el tratamiento en la capacidad laboral.
- Disponibilidad de seguros médicos y seguros de incapacidad, y los términos y condiciones establecidos por la póliza del paciente.
- Ingresos de otros familiares en el hogar.

Los pagos directos realizados por las familias para la adquisición de bienes y servicios de la salud son un indicador importante toda vez que afecta en forma directa la capacidad de pago de los hogares. Un indicador global de estos es la participación de los gastos de bolsillo en el total de gastos privados en salud, que para Colombia pasó del 59% en 2000 al 64% en 2011. Para este último año representa más del doble que el promedio del continente americano (30,1%), muy por encima del promedio mundial (49,7%) pero por debajo de lo que representa en Europa (68,8%). Este aumento en la participación de los gastos de bolsillo a su vez implica una reducción proporcional del gasto de los hogares en planes de medicina prepagada, el otro componente de los gastos privados en salud. Siendo el gasto de bolsillo el componente que más pesa en el gasto privado en salud, un cálculo adicional que vale la pena observar es la participación de estos desembolsos directos que realizan los hogares sobre el gasto total en salud (1).

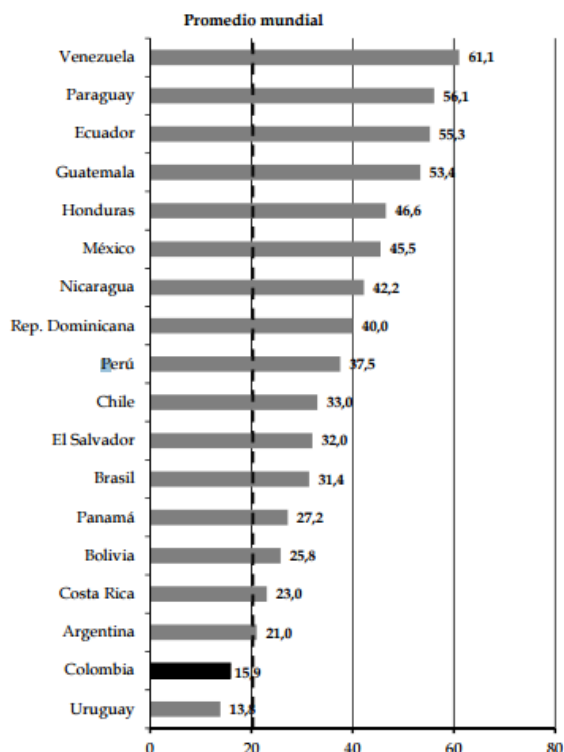


Grafico 1. Participación porcentual del gasto de bolsillo en el gasto total en salud 2011

Gasto de Bolsillo en salud en Colombia periodo 2008-2014				
	2008	2010	2011	2014
Gasto de bolsillo como % del PIB	1,6%	1,4%	1,2%	1,1%
Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud (GTS)	24,0 %	20,4 %	18,6 %	15,5 %
Gasto de bolsillo como % del gasto privado en salud (GPrS)	76,5 %	71,0 %	67,8 %	62,1 %
Gasto Privado en Salud (GPrS) como % del Gasto Total en Salud (GTS)	31,4 %	28,7 %	27,4 %	24,9 %

El gasto de bolsillo en Colombia a través de los años va disminuyendo en comparación con el año 2008 en todos los ítems se evidencia como el país va mejorando y buscando políticas para mejorar el gasto de bolsillo en la población colombiana (1).

Cabe resaltar que Colombia tiene uno de los gastos de bolsillo más bajos de la región, como proporción del gasto total entre los 10 países, mientras el gasto de bolsillo en salud de Colombia se ubica por debajo del 15%, entre el 15 y el 30% se ubican Uruguay, Argentina y Costa Rica. Por encima del 30% están Brasil, Chile, Perú y México. Mayor nivel de desarrollo económico en Latinoamérica, menos del 50% del gasto promedio de los países analizados (1). Estos índices y resultados que se presentan en la Política de Atención Integral en Salud son un poco fuera de contexto a la realidad que se vive a diario en nuestro país, la gran inequidad y poca accesibilidad a los servicios de nuestro sistema de salud es un tema persistente que vivimos a diario y aún más si se trata de una enfermedad de alto costo, este representa la mala calidad, la poca cobertura en los tratamientos, diagnóstico para enfermedades alto costo. El sistema de salud debe garantizar a las personas que padezcan de alguna enfermedad de alto costo, como el Cáncer una atención integral, efectiva y de buena calidad hasta que la persona lo requiera (1). (Ver Gráfico 1)

El gasto de bolsillo en salud es alto ya que aproximadamente el 6,3% del gasto mensual de los hogares corresponde a salud, siendo los medicamentos el ítem que representa el mayor desembolso (29%) por parte de las familias, según un informe de la OCDE (34). El gasto de bolsillo corresponde a los pagos directos provenientes de las personas en el momento que utilizan alguna prestación de salud. Cuando este gasto traspasa cierto umbral (30% o 40%) respecto de la capacidad de pago del hogar, se produce el Gasto Catastrófico en Salud. El segundo gasto corresponde a la consulta médica con el (15%) y por último con el (13%) los servicios hospitalarios (34).

En Colombia para una persona de clase social medio o bajo que se le diagnostique alguna enfermedad de alto costo, en este caso Cáncer, sus gastos se incrementaran a causa de la poca cobertura e ineficiencia del sistema de salud, a consecuencia de estos altos costos el paciente y sus familiares no contarían con los ingresos para cubrir los servicios básicos como son los servicios públicos, alimentación, arriendo, entre otros. En muchos casos estas personas deberán sacar dinero extra para cubrir tratamientos, medicamentos, diagnósticos, exámenes, terapias que no son cubiertos en su totalidad por la EPS, esto traerá consecuencias para sus gastos familiares y sin contar que esta persona su desarrollo económico reducirá para la familia al no poder laborar o presentar tiempos ausentes en su trabajo (34).

Es importante identificar además de los múltiples estudios que se han realizado en otros países sobre el gasto de bolsillo a consecuencias del cáncer, como por ejemplo una investigación que se realizó en Ontario Canadá: el tiempo del paciente y costos del bolsillo en sobrevivientes de cáncer de próstata a largo plazo lo cual afirman que existen estudios que informan el tiempo y los costos de bolsillo en los que incurren los pacientes mientras reciben tratamiento, pocos han examinado estos costos para los sobrevivientes. Por lo tanto, el propósito del análisis es estimar y determinar los costos de bolsillo incurridos por los sobrevivientes de cáncer de próstata a largo plazo (35).

Otro estudio realizado en Estados Unidos se basó en los costos de bolsillo en la atención para el tratamiento inicial del cáncer de ovario. El objetivo del estudio fue examinar el costo de la atención durante el primer año después del diagnóstico, estimar las fuentes del costo e investigar los costos de bolsillo que experimentan las mujeres con cáncer de ovario. Lo cual concluyó que el costo promedio de atención para mujeres con cáncer de ovario en el primer año después de la cirugía es de aproximadamente US \$100,000. Los pacientes soportan aproximadamente el 3% de estos costos en forma de gastos de bolsillo (36).

El gasto de bolsillo es un factor económico fundamental para conocer las inequidades en nuestro país, por tal razón es importante descubrir los factores que producen un gasto directo de las familias y pacientes con cáncer y cómo es su solvencia económica para responder a la enfermedad (36).

7.2 Marco Contextual.

Hospital Pablo Tobón Uribe.

El Hospital Pablo Tobón Uribe es una institución del sector salud, de origen privado, "sin ánimo de lucro", fundación testamentaria, con personería jurídica (Ministerio de Justicia, Resolución 0528,1955), de carácter general, universitario según acuerdo número 00149 del 21 de marzo de 2014 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, con actividades docente - asistenciales en convenio con diferentes universidades de la ciudad y del país (37).

Es una organización que desde sus orígenes cuenta con una estructura filosófica clara que ha sido orientadora de su quehacer durante toda su historia. Los tres pilares que lo soportan son (37).

- Hospital católico confesional
- Hospital humano
- Hospital que existe porque existen los enfermos

Su actuar se soporta en:

- Verdad
- Amor
- Liderazgo
- Orden
- Respeto
- Equidad
- Solidaridad

Sus bases se cimientan en principios de ética y credibilidad; alta tecnología, con alto "tacto", colaboradores coherentes en su pensar, decir y obrar; flexibilidad para la actualización, innovación y cambio; servicio orientado al usuario; micro-invasiva; racionalización en procedimientos y costos; unidades altamente especializadas y el desarrollo sostenible (37).

El Hospital inició tareas en 1970 y a lo largo de este tiempo se ha desarrollado paulatinamente en función de las posibilidades de contar con alta tecnología, colaboradores capacitados, que compartan su filosofía y los recursos económicos para soportarlos. Está catalogado en el nivel tres de atención (nivel máximo de complejidad), en el cual se ofrece a la comunidad servicios especializados de laboratorio, radiología, cirugías y procedimientos complejos (37).

Es un Hospital vinculado al sistema general de seguridad social en salud; habilitado en el 2003 con código de prestador de servicios de salud por la Dirección

Departamental de Salud de Antioquia. Se financia en su gran mayoría con los recursos que recibe de la prestación de sus servicios, lo que lo reta a ser muy eficiente en su manejo (37).

El hospital Pablo Tobón Uribe cuenta con una unidad de Cancerología la cual trata a las personas con enfermedades en las cuales hay un crecimiento anormal y desordenado de las células de un órgano; éstas deben ser manejadas a tiempo para evitar que se propague a otros órganos y deteriore el total funcionamiento del cuerpo (37).

En el Departamento se cuenta con un equipo humano y tecnológico altamente especializado para diagnosticar, tratar y acompañar en el camino a todos los pacientes que sufren de alguna de estas enfermedades y a sus familias (37).

Ofrecen manejo médico, quimioterapia, radioterapia, cirugía abierta o laparoscópica, trasplante de médula ósea y servicios de apoyo como Enfermería especializada, Psicología y trabajo social que permiten dar manejo y soporte para volver a creer en el futuro (37).

7.3 Marco conceptual.

En el **gráfico 2**, se describe la caracterización del cáncer y el proceso de atención en el Sistema General de Seguridad en Salud. Al respecto, se parte por reconocer el cáncer como una enfermedad de alto costos, que es cubierta en el sistema de salud colombiano a través de recursos públicos, donde las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) son las encargadas de brindar el conjunto de la atención de esta población, según el tratamiento ordenado por el médico tratante.

Grafico 2. Descripción de los fundamentos sobre el cáncer



Fuente: *Elaboración propia*

7.4 Marco Normativo.

- **Constitución Política de Colombia de 1991:** Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
- **Ley 1384 de 2010:** Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Establece un registro nacional de cáncer en adultos basado en registros poblacionales y registros institucionales.
- **Ley 1388 de 2010:** Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.
- **Ley 1438 de 2011:** Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Ley 1751 de 2015:** Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 4496 de 2012:** Se organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y se crea el Observatorio Nacional de Cáncer para Colombia.
- **Resolución 1383 de 2013:** Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021. Define por primera vez en el país la Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer (línea estratégica Nro. 5) alineadas con el Sistema Nacional de Información en Cáncer y el Observatorio Nacional de Cáncer.
- **Resolución 247 de 2014.** Registro de pacientes con cáncer en la Cuenta de Alto Costo. Establece el reporte obligatorio de pacientes con cáncer en un registro que permite monitoreo, seguimiento y control de los pacientes oncológicos y que proporciona datos sobre la incidencia en todos los cánceres en el país.
- **Resolución 3512 de 2019.** Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación. Financia la atención del cáncer en las personas menores de dieciocho (18) años de edad, lo que incluye todas las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

8. Metodología.

8.1 Tipo de estudio.

Por la naturaleza, es una investigación cuantitativa, centra su metodología en un planteamiento científico positivista, debido a que busca el análisis de datos por medio de la estadística, se centra en una realidad observable, medible y que se podrá percibir de manera precisa. La investigación del gasto de bolsillo y costos directos no médicos supone un planteamiento del problema, un acercamiento a la realidad de los pacientes y familias con cáncer.

Se planteó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal que implicó la recolección de información demográfica, socioeconómica y del gasto privado o de bolsillo de una muestra de pacientes con diagnóstico de cáncer y afiliados al régimen subsidiado en salud atendido en una unidad de oncología en Medellín.

Según María Isabela Martínez (directora de la escuela de economía) Universidad Católica Andrés Bello Caracas, Venezuela, Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos, etc.) (38).

Estudios Retrospectivos:

Se refieren principalmente al planteamiento de la dirección en el tiempo del estudio, progresivo (hacia delante) o regresivo (hacia atrás) en el tiempo desde el momento en que se inicia el estudio. En el caso de los estudios descriptivos longitudinales, podemos encontrar estudios prospectivos, cuando una vez establecido el inicio del estudio se realiza un seguimiento de la población en el tiempo, y lo consideraríamos retrospectivo (en la mayoría de los casos), cuando analizamos una tendencia de cualquier fenómeno que haya acontecido en una población con anterioridad al inicio del estudio (39).

Población de Referencia

La población estuvo conformada por los pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer, afiliados al régimen subsidiado en salud y que fueron atendidos en la unidad de cancerología del Hospital Pablo Tobón Uribe en el año 2020.

Población Objetivo

Estuvo conformada por una muestra aleatoria y representativa de pacientes mayores de edad, afiliados al régimen subsidiado atendidos en el Hospital Pablo Tobón Uribe con diagnóstico de cáncer confirmado.

Cálculo de Muestra.

Se estimó una muestra aleatoria y representativa considerando un universo de 369 pacientes que fueron atendidos durante el año 2020 en el servicio de oncología del HPTU y cumplieron los criterios de inclusión. Para esto se utilizó una proporción esperada de gasto de bolsillo del 14,6% (31). Un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. El cálculo y selección de la muestra se realizó en el Software Epidat 4.2.3.

Criterios de inclusión

Los pacientes incluidos en el estudio son pacientes con diagnóstico de cáncer confirmado, mayores de edad que aceptaron participar en el estudio, además de cumplir con los siguientes criterios:

- Su diagnóstico principal sea el cáncer confirmado
- Pacientes con cáncer independientemente de su tiempo de diagnóstico
- Se incluyen los pacientes ambulatorios (consultas oncológicas) en tratamiento para el cáncer.

Criterios de exclusión

- Se excluyen los pacientes afiliados al régimen contributivo o vinculados
- Pacientes que solo asistieron a una consulta a la unidad de oncología.

8.2 Fuentes de información.

8.2.1 Fuente de información primaria:

Se diseñó un instrumento de recolección de información en Google Doc., el cual contenía información sobre; características sociodemográficas, de salud y costos asociados al tratamiento. El instrumento estuvo conformado de 25 preguntas dirigidas a los pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer y sus familiares. La operacionalización de las variables incluidas en el instrumento se detalla en las tablas 1 y 2.

Variables y sus definiciones

Tabla 1. Operacionalización de las variables socioeconómicas.

ID	NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	VALORES	DESCRIPCIÓN
1	Tipo de Documento	Cualitativa Nominal	CC: (Cedula de Ciudadanía)	Ninguna
			TI: (Tarjeta de identidad)	
			RC: (Registro civil)	
			PA: (Pasaporte)	
2	Número de documento	Cuantitativa discreta	Ninguna	Ninguna
3	Nombre Completo	Cualitativa	Ninguna	Ninguna
4	Género	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	Ninguna
5	Estado Civil	Cualitativa Nominal	Soltero	Ninguna
			Casado	
			Viudo	
			Separado	
6	Ocupación	Cualitativa Nominal	Pregunta Abierta	Ninguna
7	Régimen de Seguridad Social	Cualitativo Ordinal	Contributivo	Ninguna
			Subsidiado	
			Vinculado	
8	Tipo de afiliado	Cualitativo Nominal	Cotizante Beneficiario	Condiciona: El régimen de seguridad social es Subsidiado
9	EPS	Cualitativa Nominal	Pregunta Abierta	Ninguna
10	Edad	Cualitativa discreta	Ninguna	Se incluyen todos los pacientes de cualquier edad

11	Municipio de residencia	Cualitativa Nominal	Pregunta Abierta	
12	Zona de residencia	Cualitativa Nominal	Urbano Rural	
13	Barrio de residencia	Cualitativa Nominal	Pregunta Abierta	Ninguna
14	Tipo de Escolaridad	Cualitativa Nominal	Primaria completa	Ninguna
			Primaria incompleta	
			Secundaria incompleta	
			Secundaria completa	
			Técnica	
			Tecnólogo	
15	Tipo de cáncer	Cualitativa	Pregunta Abierta	
16	Tipo de tratamiento	Cualitativa	Quimioterapia Radioterapia Paliativo Otro ¿cuál?	
17	Cabeza de Familia	Cualitativa nominal	SI/NO	
18	Cantidad miembros de una familia	Cuantitativa	Pregunta Abierta	
19	Ingresos mensuales	Cuantitativa	Pregunta Abierta	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Operacionalización de las variables de costos directos médicos.

ID	NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	VALORES	DESCRIPCIÓN
1	Costo de Cuota de Recuperación	Cuantitativa Continua	Ninguna	(Es una cuota que paga el régimen subsidiado por algunas consultas)
2	Costo de exámenes de laboratorio, radiografías u otro examen (De su propio bolsillo)	Cuantitativa Continua	Ninguna	Son los gastos del paciente particular en exámenes de laboratorio, radiografías u otro examen.
3	Pago por medicamentos	Cuantitativa Continua	Ninguna	Son los gastos del paciente particular en compra de medicamentos para el tratamiento de su enfermedad.
4	Pagó Por consultas particulares	Cuantitativa Continua	Ninguna	Son los gastos del paciente al adquirir una cita de forma particular para el tratamiento de su enfermedad.
5	Por procedimientos quirúrgicos y/o intervenciones	Cuantitativa Continua	Ninguna	Son los gastos del paciente al realizarse unos procedimientos quirúrgicos y/o intervenciones de forma particular para el tratamiento de su enfermedad.
6	Actividades de tratamiento como terapias o inyecciones	Cuantitativa Continua	Ninguna	Son los gastos del paciente al realizarse terapias o inyecciones de forma particular para el tratamiento de su enfermedad.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Operacionalización de variables de Costos Directos No Médicos.

ID	NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	VALORES	DESCRIPCIÓN
1	Gastos en desplazamiento	Cuantitativa Continua	Ninguna	Son los gastos del paciente para trasladarse al hospital (Consultas, tratamientos Quimioterapia, radioterapia) en base a su enfermedad principal
2	Costos en alimentación	Cuantitativa Continua	Ninguna	Son los gastos que asume el paciente y su acompañante en el hospital HPTU
3	Gastos en cuidador	Cuantitativa Continua	Ninguna	Tiene la necesidad de tener una persona como cuidador
4	Recibe ayuda monetaria	Cualitativa nominal	SI/NO	Se tendrá en cuenta también de quien recibe la ayuda monetaria

Fuente: Elaboración propia

8.2.2 Fuentes de información secundarias:

Se empleó la Base de datos de ingresos a la unidad de oncología del HPTU, la cual contenía información entre el 01 de enero y el 30 de noviembre del año 2020. Esta base contenía información como: número de episodio, sexo, edad, fecha de atención, régimen de afiliación en salud y diagnóstico principal de los pacientes. Igualmente, esta base de datos sirvió de referencia para estimar el número de pacientes que cumplían los criterios de inclusión para ingresar en el estudio y sobre los cuales se estimó la muestra.

Historia clínica: Esta fue empleada para confirmar el diagnóstico. Se considera la historia clínica, como un instrumento sumamente importante en el ámbito sanitario, allí se consignan los detalles de la asistencia de los pacientes, por lo que debe tener cualidades como la veracidad y la actualización cronológica del estado de salud hasta la última atención recibida. Las normatividades, han generado un interés constante en el contenido de la historia clínica, sobre todo en su divulgación, por lo que debe ser cuidada y asegurada. Las normatividades principales, que explican el

caso de los documentos sanitarios generados durante la atención de un paciente, como la historia clínica, empieza sobre todo con la ley 23 en su artículo 34, esta ley refiere las normas en materia de ética médica, que refiere la privacidad y la reserva de la H.C, conocida únicamente por terceros con previa autorización del paciente (37).

8.3 Manejo de datos

Se obtuvo la base de datos de los pacientes confirmados con diagnóstico de cáncer del HPTU, se verificó y complemento la información con la historia clínica de cada paciente, con la cual los tres investigadores del proyecto se realizaron las llamadas a los pacientes seleccionados en el muestreo, los datos recolectados se ingresaron en la herramienta web denominada Google docs.

El total de los pacientes con diagnóstico principal de Cáncer para el año 2020 en el hospital fue de 967 afiliados al régimen subsidiado. Sin embargo, a partir de la búsqueda y la validación de los datos recolectados, se excluyeron 598 que habían asistido a una cita y no se encontraban en tratamiento para el cáncer. Finalmente se realizó la aplicación de los criterios de inclusión, además de verificar que los pacientes no se encuentran fallecidos, es así como el total poblacional con las características antes mencionadas fue de un universo de 369 pacientes.

8.3.1 Periodo de recolección.

La recolección de la información mediante la aplicación del instrumento diseñado se realizó entre el 9 enero del 2021 hasta el 22 de enero del 2021 de manera telefónica.

8.3.2 Recolección y análisis de datos.

Los datos fueron recolectados utilizando un formulario estandarizado y aplicado por estudiantes del último semestre del programa de Administración en salud de la Universidad de Antioquia. En dicho formulario se integró información sobre las características sociodemográficas, características de salud, costos médicos directos (medicamentos, ayudas diagnósticas, procedimientos, consultas, hospitalización, materiales e insumos y cuotas de recuperación), costos directos no médicos (transporte, alimentación, hotelería). Para las variables de gasto e ingresos, se tuvo en cuenta la información del último semestre.

8.4 Plan de Análisis de la Información.

Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas y socioeconómicas de los pacientes atendidos en el hospital Pablo Tobón Uribe en la ciudad de Medellín, así como la cuantificación del gasto de bolsillo en cada uno de los estratos socioeconómicos de la población. Para las variables continuas se procedió a inspeccionar el supuesto de normalidad, a través de la prueba de Kolmogoro Smirnof, se calcularon las distribuciones de frecuencias, como sus respectivos estadísticos descriptivos de resumen (media, mediana, desviación estándar y rango inter cuartico).

Para establecer diferencias entre el gasto de bolsillo y las características socioeconómico y demográficas se efectuaron las pruebas Z y U de Mann-Whitney en las variables continuas (gasto de bolsillo). Para efectos de prueba de hipótesis se tomó como punto de referencia una significación estadística de p menor a 5%.

Los datos recolectados se manejaron en Microsoft Excel y luego fueron procesados en el programa estadístico SPSS para el manejo y análisis de estas. En su mayoría las variables se codificaron para realizar una mejor revisión y precisión de los resultados.

Finalmente, el gasto de bolsillo se calculó de dos formas: a) como el cociente entre los costos directos médicos y los ingresos reportados, b) como el cociente entre los costos directos médicos y no médicos y los ingresos reportados. Para efectos del cálculo anterior no se utilizó el gasto total para la estimación, sino el ingreso total como proxy del gasto. Lo anterior, considerando y como lo ha planteado Alvis, que el hogar es una unidad económica, donde se asume que cada transacción que se realice involucra a dos partes, por consiguiente, las cantidades ingresadas, serán cantidades gastadas (14).

8.5 Consideraciones Éticas.

Esta investigación se ajustó a las normas éticas internacionales y nacionales que rigen la investigación en seres humanos.

De acuerdo con los principios establecidos en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, el informe de Belmont de la Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento y la Resolución 8430 de Octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud y debido a que esta investigación se consideró como sin riesgo de acuerdo al artículo 10 de la Resolución 8430 y en cumplimiento con los aspectos mencionados

con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

- Se respetarán los principios éticos de la investigación médica, en particular a lo que refiere en los aspectos de promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y proteger su salud y sus derechos individuales, además también se respetara la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación, ya que es nuestra responsabilidad velar por la protección de las personas que toman parte de la investigación.
- Se tratará a las personas de manera ética respetando sus decisiones, creencias, privacidad y libertad. Protegiendo de no causar daño; ejemplo no se discriminará por condiciones biológicas, sexo, raza, edad y situación de salud y esforzándonos en asegurar su bienestar, se actuará al beneficio de los demás.
- Con base a los principios éticos en la protección de los sujetos humanos de investigación es importante en nuestro estudio que las personas participen o quieran entrar en la investigación de forma voluntaria y con la información adecuada.
- La información que se obtenga durante la recolección en el sistema del Hospital Pablo Tobón Uribe será conservada de forma confidencial y sólo se usará para fines académicos, no se hablara de una persona en particular, sino que se va a generalizar para todo el universo de estudio.
- Teniendo en cuenta los principios a nivel nacional de acuerdo con la resolución 8430 de 1993, se prevalecerá la seguridad de los participantes y se expresara claramente los riesgos, que de acuerdo con nuestra investigación es de categoría sin riesgos debido a que las técnicas que emplearemos no habrá ninguna intervención o modificación con respecto a las variables fisiológicas, biológicas y psicológicas de los individuos que participen en el estudio.
- Manejo adecuado de los derechos de autor, dando los créditos en el texto de todo documento que sea referenciado o que de alguna manera contribuya al trabajo investigativo, para lo cual se incluirá en el informe final los créditos explícitos según las contribuciones de distintos autores, la lista de referencias o citas y la lista bibliográfica de fuentes.
- Información previa sobre objetivos de la investigación, material a consultar, utilización del material consultado, entre otros, a las instituciones y expertos que se requiera.
- Las estrategias y las técnicas metodológicas adoptadas en el estudio son válidas y universalmente aceptadas para estudios descriptivos.

- Control sobre los juicios de valor que puedan ser emitidos en el proceso de interpretación, análisis y divulgación de la información generada en el proceso de investigación.
- Los resultados que se espera obtener serán de utilidad para gestores de la salud y proyectos de investigación del Hospital Pablo Tobón Uribe que se vinculen con temas relacionados con las coberturas y gasto de bolsillo, entre otros.

Adicionalmente y teniendo en cuenta a lo establecido anteriormente en el orden de criterios se elaboró un consentimiento informado por escrito de acuerdo con el artículo 15 y 16 Resolución 08430 de 1993. Siempre con la prioridad de garantizar la protección, la intimidad y la confidencialidad de los participantes de la investigación.

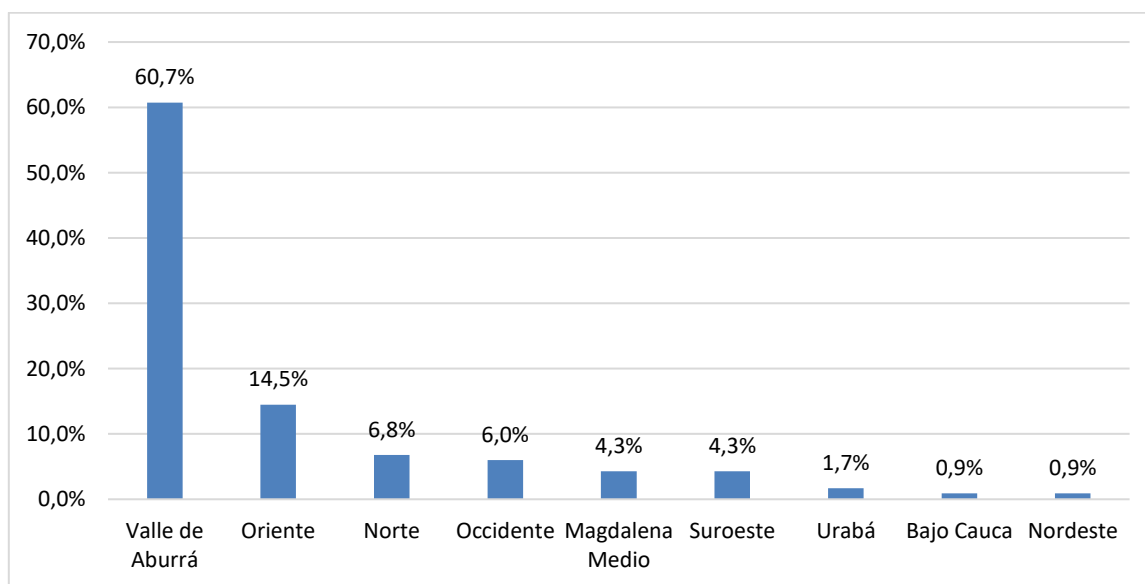
9. Resultados.

Características socioeconómicas y demográficas de la muestra.

La muestra final estuvo conformada por 126 pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer atendidos en la unidad de oncología del HPTU en el 2020. Sin embargo, al momento del análisis 6 fueron excluidos por inconsistencia en la información suministrada, por lo anterior la muestra final estuvo conformada por 117 pacientes, donde el promedio de edad general fue de 56 años (DS=15,4), en hombres fue 59 años (DS=14,0), y en mujeres de 54 años (DS=16,1).

Del total de los pacientes con diagnóstico de cáncer entrevistados el 58.1% son de sexo femenino. El estado civil con mayor porcentaje entre los pacientes encuestados corresponde a soltero con un 38%, de los cuales el 42.6% son mujeres solteras, seguido de un 29,9% de casados. De los pacientes con cáncer entrevistados, el 54.7% procede de la zona rural, mientras un 45.3% son de la zona urbana, siendo la Subregión del valle de Aburrá la de mayor participación (60.7%) seguido de los usuarios provenientes del Oriente Antioqueño con un 14.5% (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución porcentual de la población según subregión de procedencia.



Fuente: Elaboración propia

El 53% de los entrevistados son cabeza de familia, de los cuales el 55.10% corresponde a los hombres. Por nivel de escolaridad los encuestados se distribuyen de la siguiente manera: Primaria incompleta 34.2%, primaria completa 31.6%, secundaria completa 17.9%, secundaria incompleta 14.5%. Siendo las mujeres con un porcentaje de 35.3% y 20.6% que han completado la primaria o secundaria respectivamente (Tabla 4).

Otro resultado importante es la ocupación de los pacientes, se identificó que el 47.9% son desempleados, siendo los hombres con mayor porcentaje de desempleo con un 65.3%. El 35.9% de la ocupación de los pacientes son amas de casa. Por lo tanto, el 77.8% de los pacientes no trabajan actualmente, el restante 22.2% trabajan sea por días o trabajos fijos, por lo cual 36.7% que trabajan son hombres. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Características demográficas y socioeconómicas de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Pablo Tobón Uribe, 2020.

	Sexo del Paciente					
	Total		Femenino		Masculino	
	n=117	Prop.	n= 68	Prop.	n= 49	Prop.
Edad_ R						
Juventud (18 a 26 años)	7	6,00%	6	8,80%	1	2,00%
Adulthood (27 a 59 años)	55	47,00%	37	54,40%	18	36,70%
Persona mayor (>60 años)	55	47,00%	25	36,80%	30	61,20%
Estado civil						
Casado	35	29,90%	18	26,50%	17	34,70%
Otro	23	19,70%	15	22,10%	8	16,30%
Soltero	45	38,50%	29	42,60%	16	32,70%
Unión libre	14	12,00%	6	8,80%	8	16,30%
Zona Residencial						
Rural	64	54,70%	35	51,50%	29	59,20%
Urbana	53	45,30%	33	48,50%	20	40,80%
Cabeza de familia						
No	55	47,00%	33	48,50%	22	44,90%
Sí	62	53,00%	35	51,50%	27	55,10%
Tipo de escolaridad						
Primaria Completa	37	31,60%	24	35,30%	13	26,50%
Primaria incompleta	40	34,20%	21	30,90%	19	38,80%
Secundaria Completa	21	17,90%	14	20,60%	7	14,30%
Secundaria Incompleta	17	14,50%	8	11,80%	9	18,40%
Técnica	2	1,70%	1	1,50%	1	2,00%
Ocupación						
Agricultor	7	6,00%	0	0,00%	7	14,30%
Ama de casa	42	35,90%	41	60,30%	1	2,00%

Desempleado	56	47,90%	24	35,30%	32	65,30%
estudiante	2	1,70%	2	2,90%	0	0,00%
Independiente	8	6,80%	1	1,50%	7	14,30%
oficios varios	2	1,70%	0	0,00%	2	4,10%
¿Trabaja actualmente?						
No	91	77,80%	60	88,20%	31	63,30%
Si	26	22,20%	8	11,80%	18	36,70%

Fuente: elaboración propia

Costos directos médicos (CDM) de los pacientes y sus familias

Del total de la muestra, el 70% de los pacientes (n=82) incurrieron en algún costo directos médicos (Gasto de bolsillo). La mediana de costos directos médicos general en los últimos 6 meses fue \$102.000, donde un 25% de los pacientes pagaron más de \$197.000 y el costo más alto reportado fue de \$1.200.000. Por su parte, un 25% de pacientes pagaron menos de \$48.000 (Ver tabla 5).

Al analizar la conformación de los costos directos médicos, se halló que el 78% (n=64) reportó gastos por concepto de medicamentos, donde más del 50% pagaron más de \$47.000. Igualmente, el 75% (n=62) pagaron por concepto de ayudas Diagnósticas. Otro valor de importancia se evidencio en las consultas particulares donde más del 50% pagaron más de \$150.000 por este concepto.

Según los resultados obtenidos en la investigación los costos directos médicos de los pacientes se reflejan de la siguiente manera; la cuota de recuperación más baja entre las mujeres fue de \$10.200, y la más alta fue de \$21.000 obteniendo una mediana de \$10.500, en relación a los hombres la cuota de recuperación más baja fue de \$7.000 y la más alta \$14.000 obteniendo una mediana de \$8.750.

En las ayudas diagnósticas en el total de los encuestados el mayor costo directo médico fue de \$90.000 en comparación con el costo menor de \$28.000 con una mediana de \$60.000.

En la característica del gasto de los medicamentos se obtuvo entre el sexo femenino que el mayor costo fue de \$76.000 en relación con el costo más bajo de \$21.500, siendo la mediana de \$ 48.000, en comparación con el sexo masculino su mayor costo fue de \$71.250 su costo menor fue de \$24.500 con una mediana de \$42.500.

En las consultas de pago particular los resultados fueron un costo mayor de \$200.000 y su menor costo fue de \$90.000 obteniendo una mediana de \$150.000. En total sólo 2 pacientes mujeres reportaron costos por concepto de procedimientos por valor de \$200.000 y \$600.000 respectivamente. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Costos directos médicos de los pacientes y sus familias.

Característica del gasto	Total			
	n=82	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Cuota Recuperación	17	\$7.000	\$10.500	\$14.000
Ayudas Diagnósticas	62	\$28.000	\$60.000	\$90.000
Medicamentos	64	\$24.000	\$47.000	\$75.500
Consultas particulares	13	\$90.000	\$150.000	\$200.000
Procedimientos	2	\$200.000	\$400.000	\$600.000
Inyecciones y/o terapias	1	\$65.000	\$65.000	\$65.000
TOTAL COSTOS DIRECTOS MÉDICOS	82	\$48.000	\$102.000	\$197.000

Fuente: elaboración propia

Costos directos no médicos (CDNM) de los pacientes y sus familias

El total de los pacientes encuestados (n=117) incurrieron en costos directos no médicos. Donde se obtuvo una mediana de costos directos no médicos de \$98.000, donde un 25% de la muestra pagó un valor a \$218.000 y el menor valor reportado fue inferior a \$49.200. Los rubros de los costos directo no médicos con mayor participación fueron: transporte y alimentación, donde se observó que todos los pacientes incurren en gasto de transporte, en tanto un 81% (n=95) lo hicieron por alimentación (**Tabla 6**).

En el alojamiento los resultados se comportaron de la siguiente manera; entre las mujeres el mayor valor fue de \$120.000 mientras \$80.000 fue el menor costo con una mediana de \$120.000. En comparación con los hombres el mayor valor fue de \$180.000 y el menor valor \$50.000 obteniendo una mediana de \$60.000.

En el rubro del acompañante entre el sexo femenino se encontró el valor mayor de \$200.000, y su menor valor fue de \$60.000 con una mediana \$75.000, en comparación del sexo masculino el mayor valor fue de \$120.000 y su menor valor de \$20.000 obteniendo una mediana de \$70.000. Entre el costo de transporte se

obtuvo que el mayor valor fue de \$140.000 y el menor valor de \$30.000 tendiendo así una mediana \$60.000.

Por su parte, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombre y mujeres en las medianas de gasto de bolsillo, ni en las características de los costos directos no médicos, $p > 0,05$ (Prueba U de Mann-Whitney y Prueba T de Student en Alojamiento).

Tabla 6. Costos directos no médicos de los pacientes y sus familias.

Característica del gasto	Total			
	N válido	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Alimentación	95	\$18.00	\$30.000	\$50.000
Alojamiento	10	\$60.000	\$100.000	\$180.000
Acompañante	12	\$45.000	\$72.500	\$160.000
Transporte	117	\$30.000	\$60.000	\$140.000
Total Directos No Médicos	117	\$49.200	\$98.000	\$218.000

Fuente: elaboración propia

Gasto de bolsillo que asumen los pacientes y sus familias en la atención del cáncer.

El promedio total de gasto de bolsillo (Costos directos Médicos) para este estudio fue de 19 %. Donde el sexo femenino tiende a incurrir en un gasto de bolsillo mayor con un promedio de 20.7% en comparación con el sexo masculino que tiene un promedio 16.7 %.

El gasto de bolsillo familiar se concentra en el grupo de edad mayores de 60 años con un promedio de 20.9% seguido del rubro de adultez con un 18.8%. En el rubro de estado civil el ítem otros obtuvo el mayor porcentaje con un 23.4% seguido de casado obtuvo el 23.1%, seguido de soltero con un porcentaje de 17.2%.

Las subregiones donde podemos enfocar el mayor gasto de bolsillo es el Oriente con un 24.4% seguido del Suroeste con un 20.8%, continuo del Valle de aburra con un 20.0%. Las personas que no son cabeza de familia obtuvieron el mayor gasto de

bolsillo en la investigación con un porcentaje de 20.1% en comparación con las personas cabeza de familia con un 18.3%.

El 22.5% corresponde a la variable de secundaria incompleta con un mayor gasto de bolsillo seguido de primaria completa con un 20.7% continuo de primaria incompleta con un 17.7%. En los resultados se muestra como el gasto de bolsillo incurre con mayor porcentaje en las personas que trabajan independientemente con un 52.2% resaltando el porcentaje de Oficios Varios el cual fue de 27.8 %.

Se destaca que el mayor gasto de bolsillo se presenta en las personas que actualmente trabajan con un 23.7% en relación a las personas que no trabajan con un 17.2%.

Por su parte cuando se analiza el gasto de bolsillo como costos directos médicos más costos directos no médicos se observa que el gasto de bolsillo general en la muestra fue del 43.4% los que evidencia que duplico el gasto de bolsillo tomado como costos directos médicos, en la mayoría de las variables analizadas se observó que este gasto de bolsillo es alrededor o es más del doble cuando se compara con el gasto de bolsillo asumido como costos directos médicos. (**Tabla 7**)

Frente a los costos directo médicos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombre y mujeres en ninguna de las características que conforman este rubro: $p > 0,05$ (Prueba U de Mann-Whitney y Prueba T de Student en consultas).

Tabla 7. Gasto de bolsillo que asumen los pacientes y sus familias en la atención del cáncer.

Características	Promedio costos directos médicos (n=82)	Promedio costos directos no médicos (n=117)	Promedio ingresos (n=117)	Proporción de Gasto de bolsillo	
				CDM* (n=82)	CDM*+ CDNM** (n=117)
Edad					
Juventud (18 a 26 años)	\$ 64.400	\$ 96.971	\$ 960.817	6,7%	16,8%
Adulthood (27 a 59 años)	\$ 173.305	\$ 238.253	\$ 924.000	18,8%	44,5%
Persona mayor (>60 años)	\$ 195.921	\$ 232.173	\$ 935.416	20,9%	45,8%
Sexo					
Femenino	\$ 188.674	\$ 248.294	\$ 913.059	20,7%	47,9%
Masculino	\$ 159.838	\$ 197.310	\$ 957.257	16,7%	37,3%
Estado civil					
Casado	\$ 195.585	\$ 287.846	\$ 919.093	21,3%	52,6%

Características	Promedio costos directos médicos (n=82)	Promedio costos directos no médicos (n=117)	Promedio ingresos (n=117)	Proporción de Gasto de bolsillo	
				CDM* (n=82)	CDM*+CDNM** (n=117)
Otro	\$ 225.173	\$ 228.896	\$ 963.748	23,4%	47,1%
Soltero	\$ 157.732	\$ 153.042	\$ 914.929	17,2%	34,0%
Unión libre	\$ 147.591	\$ 309.007	\$ 963.380	15,3%	47,4%
Subregión					
Bajo Cauca	\$ 48.000	\$ 119.000	\$ 877.803	5,5%	19,0%
Magdalena Medio	\$ 47.250	\$ 140.740	\$ 877.803	5,4%	21,4%
Nordeste	\$ 140.000	\$ 350.000	\$ 1.016.581	13,8%	48,2%
Norte	\$ 153.000	\$ 337.000	\$ 877.803	17,4%	55,8%
Occidente	\$ 119.250	\$ 531.429	\$ 877.803	13,6%	74,1%
Oriente	\$ 223.127	\$ 127.612	\$ 915.433	24,4%	38,3%
Suroeste	\$ 194.000	\$ 308.000	\$ 932.479	20,8%	53,8%
Urabá	\$ 151.000	\$ 122.750	\$ 877.803	17,2%	31,2%
Valle de Aburrá	\$ 190.112	\$ 211.389	\$ 951.588	20,0%	42,2%
Cabeza de familia					
No	\$ 190.003	\$ 165.187	\$ 943.474	20,1%	37,6%
Sí	\$ 168.508	\$ 281.724	\$ 921.009	18,3%	48,9%
Tipo de escolaridad					
Primaria Completa	\$ 199.289	\$ 174.481	\$ 960.957	20,7%	38,9%
Primaria incompleta	\$ 162.257	\$ 201.340	\$ 915.823	17,7%	39,7%
Secundaria Completa	\$ 145.247	\$ 160.714	\$ 939.890	15,5%	32,6%
Secundaria Incompleta	\$ 197.075	\$ 427.518	\$ 877.803	22,5%	71,2%
Técnica	\$ 151.600	\$ 700.000	\$ 1.072.470	14,1%	79,4%
Ocupación					
Agricultor	\$ 91.900	\$ 161.571	\$ 998.523	9,2%	25,4%
Ama de casa	\$ 186.020	\$ 230.712	\$ 921.444	20,2%	45,2%
Desempleado	\$ 122.073	\$ 234.105	\$ 909.196	13,4%	39,2%
estudiante	\$ 325.500	\$ 74.400	\$ 877.803	37,1%	45,6%
Independiente	\$ 579.750	\$ 193.675	\$ 1.109.636	52,2%	69,7%
oficios varios	\$ 244.000	\$ 461.600	\$ 877.803	27,8%	80,4%
Trabaja Actualmente					
No	\$ 157.157	\$ 238.963	\$ 912.744	17,2%	43,4%
Si	\$ 236.281	\$ 184.869	\$ 997.456	23,7%	42,2%
Total	\$ 177.421	\$ 226.942	\$ 931.569	19,0%	43,4%

Fuente: Elaboración propia

*CDM: Costos directos médicos

**CDNM: Costos directo no médicos

10. Discusión

Este estudio presenta evidencia que muestra la proporción de gasto de bolsillo en salud que asumen los pacientes con cáncer, en función de variables socioeconómicas y demográficas, a partir de una muestra poblacional aleatoria y representativa de pacientes afiliados al régimen subsidiado en salud y que fueron atendidos en el Hospital Pablo Tobón Uribe en el año 2020.

Este artículo encontró que el 70% de la población encuestada presentó algún gasto de bolsillo (Costos directos médicos) en el periodo de análisis. Se halló que en promedio, el gasto de bolsillo fue de \$177.420 al mes, con una mediana de \$102.000 (RIQ: \$48.000- \$197.000). La proporción de gasto de bolsillo, como costos directos médicos fue del 19% y ascendió a 43,4% cuando se consideró los costos directos no médicos (Alimentación, alojamiento, gasto de acompañante y transporte)

El gasto de bolsillo familiar (CDM + CDN) se concentra en el grupo de edad de mayores de 60 años con un 45.8%. Las subregiones donde podemos enfocar el mayor gasto de bolsillo es Occidente con un 74.1%, seguido del Norte con 55.8%. Las personas que son cabeza de familia son aquellas con mayor proporción de gasto de bolsillo (48.9%) en relación con las personas que no son cabeza de familia (37.6%). Se obtuvo que en los entrevistados, sólo 2 eran técnicos y el 17% había terminado la secundaria. El mayor gasto de bolsillo reportado, se observó en los pacientes que eran técnicos (79.4%) y cuya ocupación era de oficios varios (80,4%). De otro lado, cuando se analiza el gasto de bolsillo sólo a partir de los costos directos médicos, se observó que los trabajadores independientes fueron quienes presentaron mayor proporción (52,2%).

Al analizar los resultados obtenidos con otros estudios, como el realizado por Fong en EE. UU en pacientes con enfermedades crónicas, se encontró que el gasto de bolsillo anual fue del 21% en pacientes con cáncer. Este resultado, es muy cercano al obtenido en este estudio que fue del 19 %, cuando solo se incluyen los costos directos médicos. Aunque EE.UU y Colombia tienen sistemas de salud muy diferentes, se evidencia que las personas con enfermedades crónicas siguen incurriendo en costos directos médicos significativos para la atención de su enfermedad (40).

Igualmente puede indicarse, que el porcentaje de gasto de bolsillo está por debajo del reportado por Alvis en estudio sobre el gasto privado en Cartagena,

especialmente en la población del régimen subsidiado que fue del 26,7% para el año 2004 (4). Los resultados están por encima de lo reportado en los hogares de Cartagena afiliados al régimen subsidiado en 2018 que fue del 15,4% (14). Igualmente el porcentaje obtenido se encuentra por encima de lo reportado por la OCDE para Colombia que fue del 15,4% (6,41). Y muy cercano a lo reportado para Colombia en estudio del Grupo de Financiamiento de la Salud del estudio de Carga de la Enfermedad, que indicó que en Colombia el gasto de bolsillo fue del 20,6% (7).

Cuando se incluyó dentro de la estimación del gasto de bolsillo, los costos directos no médicos, el porcentaje de gasto de bolsillo aumentó en un 128% (19% a 43,4%). Lo anterior, es consecuente con lo obtenido en estudio de impacto económico del cáncer en Chile, donde se reportó que los costos indirectos fueron 1.92 veces los costos directos (15). Es de advertir, que aunque los costos directos no médicos, son diferentes de los costos indirectos, estos guardan relación en que ambos son asumidos por el paciente, por lo cual estos pueden asumirse como un *proxy* del gasto directo que asumen los pacientes en este tipo de enfermedades. Asimismo, puede referirse que en la literatura hay ausencia de estudios que valoren los costos directos asumidos por los pacientes y familias con cáncer, por lo cual hay limitaciones para efectuar comparaciones en este aspecto.

Este estudio es el primero que se realiza en el país, para estimar el gasto de bolsillo en pacientes con cáncer y que son atendidos en una unidad de oncología. Lo anterior, guarda relación con lo reportado por Palacios en revisión sistemática de costos directos, costos indirectos y gastos de bolsillo realizada en pacientes con cáncer, donde se concluye que hay una brecha en la literatura frente a estudios que midan los costos directos que asumen los pacientes y sus familias (16).

Este trabajo, halló que el 78% de los pacientes que reportaron gasto de bolsillo como CDM, lo realizaron para comprar medicamentos, siendo el rubro con mayor participación como parte del gasto de bolsillo. Lo anterior, es consistente con lo reportado por Laborde en Chile y Alvis en Colombia, en población general (4,5). Asimismo, los medicamentos fueron el ítem con mayor participación en los costos directos en paciente en quimioterapia, según lo referido por Gamboa (42). En estudio sobre los costos directos de la atención del cáncer de mamá en Colombia y Knaul en estudio de costo de la atención médica del cáncer mamario en México (43).

En el estudio realizado por Ospina, se concluye que los países menos desarrollados y las personas pobres son quienes más requieren protección financiera para evitar

gastos catastróficos. Paralelamente indicó que mientras mayor es la participación del gasto de bolsillo de los hogares en el total del gasto en salud, más excluyente e inequitativos son los Sistemas de Salud, y planteó que cuando se vive en zonas rurales es mayor la probabilidad de enfrentar gastos de bolsillo e incluso gasto catastrófico (44). Esto último, es plausible con lo encontrado en nuestro estudio, donde el 54% de los pacientes de la muestra viven en el sector rural y estos, a su vez, presentaron mayor proporción de gasto de bolsillo en relación con quienes residen en el sector urbano.

En el Congreso de la Sociedad Europea de Medicina Oncológica ESMO 2018, se presentaron los resultados de los estudios realizados en Alemania acerca del gasto socioeconómico que supone el cáncer. Dichos resultados demuestran que la mayor dificultad a la que se enfrenta un paciente con cáncer, es la pérdida de ingresos económicos, al respecto se indicó que del total de la población estudiada, el 80,6% reconoció haber enfrentado gasto de bolsillo para el tratamiento de la enfermedad (45). Este porcentaje es muy similar al reportado en este estudio, donde el 70% de la población estudiada incurrió en algún gasto de bolsillo.

Giménez y Caballero, indicaron en el estudio sobre gasto de bolsillo en mayores de 60 años en Paraguay, que el 79,5% de los hogares más pobres efectuó gasto de bolsillo (46). Este valor es cercano a lo encontrado en este estudio que fue del 70%. Estos resultados son comparables, al considerar que nuestra población en su totalidad se encuentra afiliada al régimen subsidiado en salud, tiene bajo nivel educativo, en su mayoría no se encuentran trabajando y los ingresos reportados son cercanos a un salario mínimo, condiciones que pueden enmarcarse en una población pobre y vulnerable.

Al revisar las subregiones de donde provienen los pacientes, se observó mayor gasto de bolsillo en las subregiones donde predominan las zonas rurales. Lo anterior, puede explicarse por los recorridos que deben realizar estas personas para llegar a la unidad de oncología que se ubica en una ciudad principal, lo cual trae consigo mayores gastos de transporte, alimentación y gastos asociados a un acompañante y en ocasiones un cuidador. Lo anterior, plantea la necesidad de avanzar en la estructuración de Redes integradas de Servicios de Salud y rutas de atención, que puedan organizar los servicios de salud, en el lugar más cercano, contribuyendo a la reducción de las barreras geográficas que en ocasiones dificultan el acceso a los servicios de salud.

A pesar de que los pacientes deben tener atención médica financiada con fondos públicos para enfermedades catastróficas (cáncer), en esta investigación se pudo

evidenciar, los altos gastos que deben asumir los pacientes y sus familias y que en ocasiones no tienen cobertura del plan de beneficios en salud. Es así, como esta situación puede generar inequidades en el acceso a los servicios de salud y repercutir en riesgo catastrófico en esta población.

Este estudio no logró establecer el gasto de bolsillo por tipo de cáncer, por lo cual se sugiere seguir adelantando estudios que puedan incluir esta condición para evidenciar, en cuáles tipos de cáncer hay mayor gasto de bolsillo. Igualmente, en el estudio, no se logró establecer el estadio del cáncer, por lo cual, se recomienda considerar estas variables en futuras investigaciones.

La presente investigación no logró resolver el gasto de bolsillo con relación a los ingresos en número reales, dado que es complejo indagar por este aspecto en la población Colombiana. En ocasiones al ser pacientes del régimen subsidiado y por padecer enfermedades de alto costo, tiende a evadir sobre los ingresos percibidos a lo hora de ser entrevistados, en ocasiones por condiciones culturales o por creencias que en un futuro les puedan cobrar los servicios de salud. Considerando este asunto, se recomienda seguir adelantando estudios al respecto, con el fin de disminuir este sesgo y tratar de obtener datos más precisos sobre el ingreso y gasto real de los pacientes con esta condición.

El presente estudio no logró establecer, que el gasto del bolsillo aumenta de manera significativa cuando el jefe del hogar es mujer o por la composición familiar. Entre las limitación de este estudio, estuvo asumir el gasto del hogar como un proxy del ingreso, siendo lo recomendado trabajar con los gastos de los hogares para la estimación del gasto de bolsillo.

Pese a que el trabajo sólo fue realizado en un solo hospital, refleja el comportamiento de un grupo de pacientes atendidos en una unidad de oncología en una ciudad principal. Lo anterior, plantea la necesidad de continuar realizando investigación sobre el tema para evaluar el comportamiento del gasto de bolsillo a nivel nacional y en otras regiones.

El presente estudio enmarca la realidad de los costos directos médicos y no médicos en los que incurre una persona con una enfermedad de alto costo, en este caso cáncer. Al respecto, es importante señalar que si una de las funciones de “La cuenta de alto costo” es garantizar la operación real de la solidaridad y desestimular la selección y discriminación de la población, mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo (26). Es importante que esta entidad,

pueda incluir en la estimación de la prima, algunos de los elementos identificados en este estudio. Igualmente es importante que los resultados presentados puedan servir de referencias, para Informar a los tomadores de decisiones sobre este asunto, a fin de diseñar estrategias y políticas públicas que contribuyan en la disminución de gasto de bolsillo en esta población.

Los resultados de este trabajo, plantean la necesidad de realizar un esfuerzo a nivel del Sistema de Salud, para brindar cobertura en algunos costos directos no médicos que asumen los pacientes y que en ocasiones son determinantes para el acceso real y efectivo a un servicio de salud. Simultáneamente avanzar en este aspecto, puede aportar en mejorar la calidad de vida de esta población, a su vez, contribuye en reducir los costos atribuibles al tratamiento de esta condición y que en ocasiones pueden estar asociado con el tratamiento tardío.

Otro aspecto, que revela este estudio es que la mayoría de la población analizada no se encontraba trabajando al momento de la encuesta (77,8%). Lo anterior, puede ser explicado porque la mayoría de la población que padece cáncer debe de abandonar sus trabajos a causa del tratamiento, y sumado a esto, se halló que una gran proporción de los pacientes que trabajan son informales, de lo cual se desprende que no cuentan con garantía social frente al padecimiento de este tipo de enfermedades.

Es importante seguir avanzando en el desarrollo de estudios acerca de los costos directos médicos y no médicos de los colombianos con enfermedades de alto costo. Avanzar en este asunto, podría contribuir a estimar con mayor precisión el gasto catastrófico y así encontrar alternativas importantes para subsanar la problemática y atenuar las consecuencias sociales, económicas y de salud que implican este grupo de enfermedades para quienes la padecen y para sus familias.

Los resultados encontrados en este estudio demuestran que aún no se ha logrado el objetivo de disminuir el gasto de bolsillo en el Sistema de Seguridad Social Colombiano. “Colombia es uno de los países con el gasto de bolsillo más bajo de Latinoamérica”, pero la realidad es completamente diferente, si investigamos en la literatura el gasto de bolsillo (Corresponde a los pagos directos provenientes de las personas en el momento que utilizan alguna prestación de salud). Sin embargo, debe considerarse los costos directos no médicos como son: pago de alimentación, transporte, servicios de acompañantes, pues este estudio encontró, que cuando estos últimos, son incluidos en la estimación del gasto de bolsillo, este se duplica y sobrepasa el 30% que es considerado como umbral de gasto catastrófico.

Considerando lo anterior, se puede indicar que los pacientes estudiados presentaron gasto catastrófico. Lo anterior, plantea la necesidad de diseñar estrategias y políticas públicas que contribuyan al financiamiento de los costos directos médicos y directos no médicos que asumen de manera directa los pacientes y sus familias como consecuencia de su enfermedad, pues avanzar en ello puede contribuir a reducir las desigualdades e injusticias sociales que se presentan en la población pobre y vulnerable del Sistema de Salud Colombiano.

11. Conclusiones

1. Para alcanzar la cobertura universal de la salud, con acceso a tecnologías en salud y una protección financiera que disminuya el gasto de bolsillo, se requiere mejorar y crear políticas sociales de salud, que combatan la pobreza y la enfermedad. El modelo actual de financiamiento del sistema nacional de salud es inequitativo y la protección financiera es insuficiente especialmente en la población con cáncer afiliado al régimen subsidiado.
2. En Colombia, las familias con personas que padecen una enfermedad como el cáncer enfrentan barreras económicas de acceso a los servicios de salud, sobre todo para comprar medicamentos, pagar el transporte y alimentación. Para alcanzar la Cobertura Universal en Salud, se debe de buscar conocer cuáles son los componentes reales que comprenden el gasto de bolsillo, dado que no se encuentra en la literatura estudios acerca del gasto de bolsillo en los hogares colombianos por causa del cáncer.
3. Los hallazgos presentan oportunidades para realizar una nueva investigación en el campo y establecer las bases para la toma de decisiones referente al gasto de bolsillo de los pacientes afiliados al régimen subsidiado.
4. En la investigación se concluyó que las personas encuestadas presentan bajos ingresos económicos, debido a su situación laboral, nivel académico, zona geográfica, composición familiar, etc. Adicionalmente presentan una enfermedad catastrófica, que en algunas ocasiones no logran suplir las necesidades o requerimientos que genera esta enfermedad y es ahí donde incurren en gastos de bolsillo.
5. En la investigación se buscó ampliar y enriquecer el concepto de gasto de bolsillo con el concepto de costos directos no médicos que se trabaja en Evaluación Económica en Salud.
6. El gasto de bolsillo asumido como costos directos médicos es mucho menor en relación con el gasto de bolsillo asumido como costos directos médicos más los costos directos no médicos.

12. Referencias.

1. Pérez-Valbuena GJ, Silva A. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. In: La salud en Colombia : una perspectiva regional Capítulo 11 Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia Pág:365-404. 2017.
2. OCDE. Panorama de la Salud 2019 [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://www.oecd.org/colombia/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf>
3. OECD iLibrary. Gasto en salud per cápita y en relación al PIB [Internet]. [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b01ad37f-es/index.html?itemId=/content/component/b01ad37f-es>
4. Alvis L, Alvis N, De la Hoz F. Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004. Rev salud Pública [Internet]. 2017 Mar [cited 2021 Apr 21];9:11–25. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a04.pdf>
5. Castillo-Laborde C, Dintrans PV. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: Una mirada a dos sistemas de protección. Rev Med Chil [Internet]. 2013 [cited 2021 Apr 21];141(11):1456–63. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001100013&lng=es&nrm=iso&tlng=e
6. Prada SI, Salinas MA. ESTADÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD: COLOMBIA FRENTE A OCDE. [cited 2021 Apr 22]; Available from: www.proesa.org.co
7. Chang AY, Cowling K, Micah AE, Chapin A, Chen CS, Ikilezi G, et al. Past, present, and future of global health financing: A review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050. Lancet [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2021 Apr 22];393(10187):2233–60. Available from: <https://www.un.org/>
8. Cambios demográficos y epidemiológicos en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 1998 Jan;3(1):41–2.
9. Consultorsalud. Panorama del cáncer en América Latina: las muertes por la enfermedad aumentarán un 106% en 2030. - CONSULTORSALUD [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 22]. Available from: <https://consultorsalud.com/panorama-del-cancer-en-america-latina-las-muertes-por-la-enfermedad-aumentaran-un-106-en-2030/>
10. Acuña L, Fuentes JC, Ramirez PX, Gil AM, Castillo J, Castillo A. Situación del

cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2017. Vol. 1, Cuenta de Alto Costo. 2018.

11. Colombia.com. ¿Cuánto debe pagar un paciente que padece cáncer en Colombia? [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 11]. Available from: <https://www.colombia.com/actualidad/nacionales/sdi/120084/cuanto-debe-pagar-un-paciente-que-padece-cancer-en-colombia>
12. Zubiaga IO. El impacto del cáncer en la familia Trabajo Final 3º Psicoterapia de Familia y de Pareja Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar [Internet]. [cited 2021 Mar 11]. Available from: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Ovelar-Irene-Trab.-3º-online-14.pdf>
13. Palacios-Espinosa X, Vargas-Sterling LP. Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología*. 2012;8(2–3).
14. Alvis-Zakzuk J, Marrugo-Arnedo C, Alvis-Zakzuk NJ, Gomez de la Rosa F, Florez-Tanus A, Moreno-Ruiz D, et al. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2018;20(5).
15. Cid C, Herrera C, Rodríguez R, Bastías G, Jiménez J. Assessing the economic impact of cancer in Chile: a direct and indirect cost measurement based on 2009 registries. *Medwave* [Internet]. 2016 Aug 2 [cited 2021 Apr 22];16(7):e6509. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27532152/>
16. Palacios A, Rojas-Roque C, González L, Bardach A, Ciapponi A, Peckaitis C, et al. Direct Medical Costs, Productivity Loss Costs and Out-Of-Pocket Expenditures in Women with Breast Cancer in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review [Internet]. *PharmacoEconomics*. Adis; 2021 [cited 2021 Apr 22]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33782865/>
17. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: UNA MIRADA DESDE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [Internet]. [cited 2021 Apr 8]. Available from: <http://esa.un.org/unpp/>.
18. Organización Mundial de la Salud. Cancer [Internet]. OMS. [cited 2021 Mar 11]. Available from: <https://www.who.int/topics/cancer/es/>
19. Asociación Española Contra el Cáncer. ¿Qué es el Cáncer? [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 11]. Available from: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre->

cancer/que-es-cancer

20. Instituto Nacional del Cáncer. Manual de Enfermería Oncológica [Internet]. Cuidados Paliativos. 2016 [cited 2021 Mar 11]. Available from: <https://cuidadospaliativos.info/manual-enfermeria-oncologica-instituto-nacional-del-cancer/>
21. Instituto Nacional del Cáncer. El cáncer [Internet]. [cited 2021 Apr 22]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer>
22. Luisa M, Zurita C, Mata FR, Ramón J, Lluch G, Busques CC. MANUAL PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y SU FAMILIA [Internet]. 1st ed. M.^a Luisa de Cáceres Zurita FRMJRGL y CCB, editor. 2007 [cited 2021 Mar 11]. Available from: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual_pacientes.pdf
23. Barrios E, Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. An la Fac Med. 2017;4(1).
24. Sociedad Española de Oncología Médica. ESPAÑA A LA CABEZA DE DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER EN EUROPA [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 12]. Available from: www.seom.org/dmccancer
25. Ministerio De Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Plan nacional para el control del cáncer en Colombia 2012-2020. Minist Salud Y Protección Soc. 2012;
26. Cuenta de Alto Costo fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 11]. Available from: <https://cuentadealtocosto.org/site/>
27. Opinión & Salud.com. ¿Cuáles son las enfermedades de alto costo en Colombia? [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 22]. Available from: <https://www.opinionysalud.com/2017/05/24/enfermedades-de-alto-costo-colombia/>
28. Moreno, Mabel. Faria, Rita. Duarte A, McKenna C, Reville P, Cary M, Byford S. Documentos técnicos de apoyo a la construcción del caso de referencia colombiano para la evaluación económica en salud. Inst Evaluación Tecnológica - IETS; 2014;
29. Soto Álvarez J. Evaluación económica de medicamentos y tecnologías

sanitarias: Evaluación económica de medicamentos y tecnologías sanitarias: 2012.

30. Jimenez A, López D. CARACTERIZACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS EN COLOMBIA A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES 2010 [Internet]. [Bogotá]: UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES (U.D.C.A); 2015 [cited 2021 Apr 23]. Available from: https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/336/1/TESIS_GBM_2015_CD.pdf
31. OIT, OPS. El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud. Reun Reg Tripart la OIT con la Colab la OPS, México, 29/11 - 1/12/99. 1999;
32. Ceballos M, García J, Restrepo JH, Suárez M. Economía de las enfermedades crónicas no transmisibles: Implicaciones para Colombia. *Obs la Secur Soc.* 2012;(24).
33. Instituto Nacional del Cáncer. Toxicidad financiera del tratamiento del cáncer [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 12]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/manejo-del-cancer/costos/toxicidad-financiera-pro-pdq>
34. Instituto de Políticas Publicas en Salud. Gasto de bolsillo en salud - IPSUSS [Internet]. Universidad San Sebastian. 2017 [cited 2021 Mar 11]. Available from: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/estadisticas-e-indicadores/medicamentos/gasto-de-bolsillo-en-salud/2017-11-12/015439.html>
35. de Oliveira C, Bremner KE, Ni A, Alibhai SMH, Laporte A, Krahn MD. Patient time and out-of-pocket costs for long-term prostate cancer survivors in Ontario, Canada. *J Cancer Surviv.* 2014;8(1).
36. Bercow AS, Chen L, Chatterjee S, Tergas AI, Hou JY, Burke WM, et al. Cost of care for the initial management of ovarian cancer. *Obstet Gynecol.* 2017;130(6).
37. Hospital Pablo Tobón Uribe [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 12]. Available from: <https://www.hptu.org.co/>
38. UNIDAD 3 EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN [Internet]. [cited 2021 Mar 12]. Available from: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/bachillerato/documentos/LEC

7.2.pdf

39. Veiga de Cabo J, Fuente Díez E de la, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med Segur Trab (Madr)*. 2008;54(210).
40. Fong JH. Out-of-pocket health spending among Medicare beneficiaries: Which chronic diseases are most costly? *PLoS One*. 2019;14(9).
41. Our World in Data. Share of Out-of-Pocket Expenditure on Healthcare, 2014 [Internet]. [cited 2021 Apr 23]. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/share-of-out-of-pocket-expenditure-on-healthcare>
42. Gamboa Ó, Buitrago LA, Lozano T, Dieleman S, Gamboa C, Guzmán ÉL, et al. Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2021 Apr 23];20(2):52–60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0123901516300014?via%3Dihub>
43. Knaul F, Arreola H, Velásquez E, Dorantes J, Mendez O, Àvila L. El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud pública Méx* [Internet]. 2009 Jan [cited 2021 Apr 23];51:286–95. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800019
44. Determinantes del gasto de bolsillo y gasto catastrófico en la Región Central de Colombia (2008) [Internet]. 2011 [cited 2021 Mar 12]. Available from: <https://revistas.ucp.edu.co/index.php/gestionyregion/article/view/858/850>
45. Santa María E. El cáncer perjudica también al bolsillo del paciente [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 12]. Available from: <https://isanidad.com/124787/el-cancer-perjudica-tambien-al-bolsillo-del-paciente-segun-un-estudio-aleman/>
46. Giménez E, Caballero R, Peralta N, Araujo J. Analysis of out-of-pocket expenses in the face of the disease of people aged 60 and over according to their condition of poverty in Paraguay. *Rev salud publica del Paraguay* [Internet]. 2019 Dec 30 [cited 2021 Mar 12];9(2):46–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.8004/rspp.2019.diciembre.46-52>

13. Anexos.

Anexo 1. Consentimiento informado para participación en encuesta telefónica

Nombre del proyecto: Gasto de bolsillo de las familias y pacientes con cáncer afiliados al régimen subsidiado atendidos en el Hospital Pablo Tobón Uribe 2020.

Lo estamos invitando a participar en la investigación sobre el estudio del Gasto de bolsillo de las familias y pacientes con enfermedad alto costo, la cual tiene como objetivo: identificar las consecuencias que tiene el gasto de bolsillo en las familias y pacientes con cáncer, con el fin de conocer la magnitud del evento y poder generar conocimiento que pueda contribuir en la formulación de estrategias y políticas encaminadas a la disminución del gasto de bolsillo, e implementación de acciones financieras en los grupos de mayor riesgo.

Este consentimiento informado se realizó de acuerdo con el Artículo 15 y 16 de la Resolución 8430 de 1993. Rigiéndonos a la norma para dar una información clara y completa de tal manera que sea comprensible para el participante.

Participación: El procedimiento que se va a realizar para esta investigación es el desarrollo de un cuestionario telefónico que le brindaran los investigadores, esto tomará aproximadamente 10 a 15 minutos de su tiempo, si desea se le hará envío del cuestionario a un correo electrónico, con el propósito de recoger información importante que nos ayude a cumplir con el objetivo de este estudio.

Riesgos: La participación en este estudio implica solamente responder a una entrevista. Este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias para su situación financiera, su empleo o su reputación.

Beneficios: Las personas que participen en el cuestionario no tendrán ningún beneficio económico por parte de los investigadores o la institución de salud. Pero la intención de esta investigación es que exista mayor participación de las entidades de salud y que se logre implementar estrategias o políticas que puedan aportar a la situación del gasto de bolsillo en salud de las familias y los pacientes con enfermedades de alto costo.

Derecho: El participante está en todo su derecho de retirarse del cuestionario en cualquier momento, sin que esto perjudique su integridad, ni la investigación. Teniendo en cuenta que la intención es que el participante se sienta cómodo y libre de responder las preguntas.

Confidencialidad: Las únicas personas que sabrán que usted participó en el estudio somos los miembros del equipo de investigación. Nosotros no divulgaremos ninguna información sobre usted, o proporcionada por usted durante la investigación. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Si es su voluntad, su nombre no será registrado en la encuesta ni en ninguna otra parte. Nadie fuera del equipo de investigación tendrá acceso a su información sin su autorización escrita.

Compensación: No se recibirá ningún pago por participar en esta investigación, y tampoco tendrá que pagar ningún dinero por ser parte de la investigación.

Aceptación de la participación: Hago constar que durante la llamada telefónica me fue leído el consentimiento informado y he escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio, además he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento.

Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación y manifiesto estar de acuerdo en participar en este estudio.

Persona a contactar: Si durante la llamada o posterior a ella usted tiene alguna duda puede contactarse con los investigadores que conducen este proyecto Natalia Montoya Bolívar, Luis Daniel Castaño López y Maira Alejandra Montoya Agudelo, celular 3218498545, correo electrónico: mairaalejandra.@gmail.com Su participación en esta investigación es voluntaria. En el momento que solicite información relacionada con el proyecto los investigadores se la proporcionarán.

Contacto Comité de Investigación HPTU:
Correo: comiteinvestigaciones@hptu.org.co
Teléfono. 445.90.00 Ext: 8905

El participante está de acuerdo con realizar el cuestionario

De acuerdo _____ No de Acuerdo ____

Nombre del Participante

Fecha y hora de la llamada telefónica: _____

Anexo 2. Instrumento de recolección de información.

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Instrucciones:

Estimado encuestado, la presente investigación necesita de su colaboración con respecto al tema “Gasto de bolsillo de las familias y pacientes afiliados al régimen subsidiado atendidos en el Hospital Pablo Tobón Uribe” Agradecemos anticipadamente tu participación. La información es confidencial.

Versión_02

Gasto de bolsillo y costos directos no médicos de las familias y pacientes con cáncer afiliados al régimen subsidiado atendidos en el Hospital Pablo Tobón Uribe 2020

Número de encuesta: _____

Fecha: __ / __ / ____

—

CUESTIONARIO

Características Sociodemográficas

1. Nombre completo _____
2. Tipo de documento: RC _ T. _ C. _ OTRO _ Cuál: _____
3. Número de documento: _____
4. Edad: ____
5. Género: F ____ M ____
6. Estado civil: Soltero ____ Casado ____ Unión libre ____ Otro ____
7. Municipio de Residencia: _____ Dirección de Residencia: _____

8. Área de Residencia: Urbana ___ Rural ___
9. Puntaje del Sisbén: _____
- 9.1. Estrato: _____
10. Cabeza de Familia: SI ___ NO ___ Cantidad de miembros en la familia: ___
11. Tipo de escolaridad:
 Ninguna ___ Primaria completa ___ Primaria incompleta _____ Secundaria completa
 ___ Secundaria incompleta ___ Técnica ___ Tecnólogo _ Profesional__
12. Ocupación: _____
13. Trabaja actualmente: SI ___ NO ___
14. Cuántas personas dependen económicamente de usted: _____
15. Cuántos días trabaja a la semana _____
16. En promedio ¿Cuánto es su ingreso económico diario?

Menor de \$29.260		Entre \$29.260 y 58.520		\$58.520 o Más	
-------------------	--	-------------------------	--	----------------	--

17. En promedio ¿Cuánto son los ingresos mensuales del hogar? _____

Características de salud

16. Fecha inicial del diagnóstico o hace cuanto tiene el Dx:

17. Tipo de cáncer:

18. Está actualmente en tratamiento para el cáncer: SI ___ NO__ (Si responde sí salta a la siguiente)
19. Qué tipo de tratamiento: Quimioterapia ___ Radioterapia _____ Paliativo _____, Otro: _____ ¿Cuál? _____.
20. Lo últimos 6 meses ha sido hospitalizado a causa del cáncer: SI ___ NO__
21. en lo últimos 6 meses recibió algún tipo de tratamiento (Intervención Qx, ayudas diagnósticos, Quimio, radio etc...) para el cáncer: SI ___ NO__
22. Tratamiento pertenece al PBS: SI ___ NO__
23. Estuvo acompañado durante el tratamiento (Familiar, amigo, etc.) SI ___ NO__

24. Presenta incapacidad médica a raíz del diagnóstico: SI_ NO_

Costos durante el tratamiento

25. Durante el tratamiento usted o algún familiar, tiene o tuvo que pagar por:

Concepto	SI	NO	Frecuencia (por Mes)	Cuánto dinero pagó por vez
Alimentación (desayuno, almuerzo y cena) durante cada consulta				\$
Alimentación (desayuno, almuerzo y cena) durante cada consulta del acompañante				\$
Adquirió alojamiento durante el tratamiento (estuvo lejos de su residencia) estuvo con acompañante				\$
Solicito un servicio de acompañante durante el tratamiento (enfermera, profesional, vecinos o familiares)				\$

26. Por favor dígame, si desde su diagnóstico, usted u otra persona paga o pagó por (6 últimos meses):

Concepto	SI	NO	Frecuencia	Cuánto dinero pagó

			(por Mes)	por vez
Cuota de recuperación por la atención				\$
Por exámenes de laboratorio, radiografías u otro examen (De su propio bolsillo)				\$
Por medicamentos				\$
Por consulta particular				\$
Por procedimientos quirúrgicos y/o intervenciones				
Por otras actividades de tratamiento como terapias o inyecciones				\$
Paga o pago por una plan complementario en salud (Medicina prepaga, Póliza...etc.)				\$

27. Durante el tratamiento, por favor responda qué medios de transporte utiliza o utilizó:

Medio de transporte	Si	NO	Necesito Acompañante	Frecuencia (Al mes)	Costo de transporte

Bus					\$
Taxi					\$
Metro					\$
Particular					\$
Bicicleta					\$
Moto					\$
Caminando					\$

28. Recibe ayuda monetaria: SI __ NO __ de quien _____