

ANALISIS COMPARATIVO DEL GASTO DE BOLSILLO EN EL SISTEMA DE SALUD
DE URUGUAY, COSTA RICA Y COLOMBIA



FREDMAN WOLF LARA
JUSELY PAOLA BOLIVAR TOVAR
NELSON IVAN BUENAVENTURA BARON



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE CONTADURIA PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE SALUD
VILLAVICENCIO

2024

ANALISIS COMPARATIVO DEL GASTO DE BOLSILLO EN EL SISTEMA DE SALUD
DE URUGUAY, COSTA RICA Y COLOMBIA

FREDMAN WOLF LARA
JUSELY PAOLA BOLIVAR TOVAR
NELSON IVAN BUENAVENTURA BARON

Artículo científico presentado como requisito para optar al título de especialista en auditoria en
salud

Director:
PhD. MANUEL MAURICIO MORENO VILLAMIZAR
Doctor en Derecho

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE CONTADURIA PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE SALUD
VILLAVICENCIO

2024

Autoridades Académicas

P. Álvaro José ARANGO RESTREPO , O. P.

Rector General

P. Eduardo GONZÁLEZ GIL, O. P.

Vicerrector Académico General

P. José Antonio BALAGUERA CEPEDA O.P.

Rector Seccional Villavicencio

P. Rodrigo GARCÍA JARA, O.P.

Vicerrector Académico Seccional Villavicencio

Mg. Julieth Andrea SIERRA TOBÓN

Secretaria Generaln Seccional Villavicencio

Mg. JAVIER MAURICIO ALZATE TABARES

Decano de la Facultad de Contaduría Pública

Dedicatoria

A nuestros familiares, por habernos apoyado en nuestro camino de formación profesional universitaria, en especial, por ser fuente de inspiración continua. Reconocer el acompañamiento y disposición de nuestro director de trabajo de grado y demás profesores que orientaron nuestro proceso de formación profesional.

Contenido

	Pág.
Resumen	5
Abstract.....	6
Introducción.....	6
Planteamiento del problema	7
Justificación	8
Objetivos.....	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos.....	9
Metodología.....	9
Marco Teórico	9
1. Financiación de la salud a partir de gasto de bolsillo.....	16
1.1 La perspectiva de la protección financiera.....	18
1.2 Gasto de bolsillo y sus limitaciones como indicador	20
2. Control de calidad del GDB	21
2.1 Estimación del Gasto de Bolsillo en Colombia.....	21
2.1.1 ¿Cómo afecta esto a las personas con enfermedades crónicas?.....	22
2.1.2 ¿Cómo afecta esto a las personas con enfermedades raras?	23
3 El gasto de bolsillo en salud en las regiones colombianas	25
3.1 Factores determinantes en el gasto de bolsillo de los sistemas de salud.....	25
Conclusiones.....	26
Referencias bibliográficas	27

Resumen

El objetivo principal del presente proyecto será analizar el gasto de bolsillo de la financiación del sistema de salud en Uruguay y Costa Rica con el fin de relacionarlo con el sistema de salud colombiano, buscando identificar la inversión social publica en salud que aporta el usuario

al sistema y que no hacen parte del aseguramiento. Este proyecto se llevó a cabo desde la metodología de la investigación de un enfoque mixto, es decir, con un enfoque tanto cuantitativo como cualitativo y de esta manera lograr evidenciar el comportamiento en cuanto al gasto de bolsillo de los sistemas de salud de Uruguay y Costa Rica, mediante censos y estadísticas registradas.

Esta investigación surge a raíz de las propuestas presentadas por el gobierno de turno como reforma al sistema de salud colombiano, por lo que se pretende que los resultados de la investigación puedan aportar significativamente a futuros proyectos de ley.

Palabras Clave: Gasto de bolsillo, sistema de salud, aseguramiento, Colombia.

Abstract

The main objective of this project will be to analyze the out-of-pocket expense of financing the health system in Uruguay and Costa Rica in order to relate it to the Colombian health system, seeking to identify the public social investment in health that the user contributes to the system, and that are not part of the insurance. This project was carried out from the research methodology of a mixed approach, that is, with both a quantitative and qualitative approach and in this way it was possible to demonstrate the behavior in terms of out-of-pocket spending of the health systems of Uruguay and Costa Rich, through censuses and recorded statistics.

This research arises from the proposals presented by the current government as a reform to the Colombian health system, so it is intended that the results of the research can contribute significantly to future bills.

Keywords: Out-of-pocket expenses, health system, insurance, Colombia.

Introducción

El propósito del presente artículo de investigación es caracterizar la incidencia del Gasto de bolsillo en los países latinoamericanos de Uruguay, Costa rica relacionándolos con Colombia

con el fin de identificar la inversión social pública en salud que aporta el usuario al sistema y no hacen parte del aseguramiento.

El gasto de bolsillo según la (OMS) es un desembolso no solidario, regresivo y excluyente, es decir aquellos desembolsos directos que realizan los hogares para acceder a los servicios de salud.

Se analiza el gasto de bolsillo de financiamiento del sistema de salud comparando los países de Uruguay, Costa Rica y Colombia siendo este un tema de gran importancia, ya que el acceso a los servicios de atención médica de calidad a toda la población depende en gran medida de la disponibilidad de recursos. En los últimos años, el sector ha enfrentado diversos retos financieros y administrativos que han aumentado la necesidad de recursos fiscales para su financiamiento. El aumento de la demanda por recursos fiscales está asociado a la informalidad laboral, que se refleja en un alto porcentaje de afiliados al régimen subsidiado, superior al del contributivo, a los fallos judiciales que ordenaron la igualación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, al reconocimiento de servicios y medicamentos no cubiertos con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y a la exención a las empresas del pago de las cotizaciones sobre los trabajadores con 10 salarios mínimos o menos. la financiación de los compromisos del gobierno establecidos en el Acuerdo de Punto Final, y los gastos generados por la emergencia del COVID 19. (Banco de la Republica, 2023).

El resultado de esta investigación tiene relación con los objetivos de desarrollo sostenible el cual resaltamos el objetivo tercero que hace referencia a la salud y el bienestar, determinado en nueve metas para alcanzar dicho objetivo, tomando como base la meta “3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.” (Organización de las Naciones Unidas (ONU), 2015)

Planteamiento del problema

El gasto de bolsillo en el sector salud en Latinoamérica representa una barrera para el acceso a los servicios de salud como derecho fundamental de todo ser humano surge la pregunta ¿Cómo analizar el gasto de bolsillo en el sistema de salud de los países de Uruguay, Costa Rica y Colombia, frente a la cobertura en salud y factores determinantes?

Justificación

En América Latina y el Caribe, el promedio del gasto de bolsillo medido en 2024 de acuerdo con el artículo “Gasto en Salud y Resultados en Salud en América Latina y el Caribe”, publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública, en la mayoría de países de Latinoamérica y el Caribe el gasto de bolsillo representa entre el 34% y el 44% del gasto total en salud (Mazenett, 2024). De acuerdo con la OMS, el gasto de bolsillo en un país no debe exceder el 20% del gasto corriente para lograr la salud universal) (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2023) El gasto de bolsillo en salud es un concepto importante que afecta las finanzas de los sistemas de protección social en Uruguay, Costa Rica y Colombia. En estos países es crucial entender la situación, características y contenido del gasto de bolsillo para garantizar que el riesgo financiero se reduzca mediante alternativas de financiamiento de la atención médica.

El gasto de bolsillo en salud y la pobreza están estrechamente relacionados, con la premisa de que el gasto de bolsillo se refiere a los pagos directos que las personas deben realizar para acceder a servicios de salud. Cuando los hogares deben asumir una parte significativa de los costos de atención, puede generar una carga financiera y una barrera de acceso, afectando su capacidad de cubrir otras necesidades básicas, como alimentación, vivienda y educación, incentivando también la poca adherencia en los tratamientos médicos. El gasto de bolsillo tiende a ser regresivo, lo que significa que afecta de manera desproporcionada a las personas con ingresos más bajos, esto crea una brecha en el acceso a la atención médica entre los grupos socioeconómicos, perpetuando la desigualdad.

El gasto de bolsillo resulta ser un obstáculo para la equidad en el servicio de salud y la lucha contra la pobreza. Es esencial evaluar mediante un análisis del comportamiento del gasto de bolsillo para así implementar políticas públicas que reduzcan esta carga y promuevan un acceso equitativo a los servicios médicos.

Objetivos

Objetivo general

Analizar el gasto de bolsillo de la financiación del sistema de salud de Uruguay - Costa Rica y relacionarlo con el sistema de salud colombiano.

Objetivos específicos

- Identificar los componentes de la financiación del sistema de salud en Uruguay, Costa Rica y Colombia.
- Comparar el gasto de bolsillo del sistema de salud de Uruguay, Costa Rica y Colombia.
- Relacionar los factores identificados que incrementan el gasto de bolsillo en un sistema de salud.

Metodología

El enfoque metodológico que se abordó para el desarrollo del análisis comparativo del gasto de bolsillo en el sistema de salud de Uruguay, Costa Rica y Colombia fue cualitativo y de tipo descriptivo, porque cumple con las características según el texto escrito por (Sautu y otros, 2005) sobre “Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología”, dado que los elementos que se presentan en esta clasificación son necesarios para el buen desarrollo de nuestra investigación, como lo son: tener un mayor énfasis en aspectos epistemológicos, es decir una construcción metodológica y racional, guiando el diseño de la investigación; también definiciones de los términos teóricos, y énfasis en la práctica.

Marco Teórico

Aun cuando el derecho a la salud está reconocido en las Constituciones Políticas o documentos equivalentes de algunos países, no todos tienen acceso a ella, más de la mitad de la población mundial no tiene ninguna protección social y sólo una de cada cinco personas goza de

cobertura adecuada. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la región de las Américas la población no cubierta por la seguridad social es principalmente la denominada informal que para el año 2000 era de 500 millones de personas, de las cuales 125 millones de ellas no tenían acceso permanente a servicios básicos de salud (25%), 230 millones sin acceso a algún sistema público o privado de aseguramiento en salud (46%), el 17% de los nacimientos se realizan sin personal calificado y 680 mil niños no completan su programa de vacunación. Pero que se tiene que ofrecer a la población en materia de salud, el término “salud” resulta difícil de definir y conocer cuáles son sus componentes y límites, es decir, dónde empieza y dónde termina, definición que ha tenido diferentes modificaciones, sin duda la que aún predomina es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en 1947 la define como; “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia” (Herrero Jaén, 2016). Lograr este acceso a la salud desde el enfoque de los derechos humanos y la definición del mismo concepto para cualquier gobierno, representa grandes esfuerzos y compromisos político que pese a sus avances, los gobiernos están obligados a no retroceder y a garantizar la consolidación de estos beneficios en base a la equidad y la justicia social, en las últimas décadas diferentes autores han dedicado grandes esfuerzos a estudiar, definir e interpretar el concepto de equidad y justicia social, términos poco claros e imprecisos debido a los diferentes enfoques que se le pueden dar. Definir la Equidad no es fácil, el término viene del latín *aequitas*, de *aequus*, igual, tienen una connotación de justicia e igualdad social con responsabilidad y valoración de la individualidad, llegando a un equilibrio entre las dos cosas, la equidad es lo justo en plenitud, de acuerdo a Sir George Alleyne la equidad se refiere a las diferencias que son innecesarias o reductibles y son injustas (Lolas Stepke, 2000). El concepto de equidad, obviamente implica un juicio moral y por tanto, intrínsecamente difícil de lograr y refiere, que “toda persona debe tener la oportunidad de acceder a esas medidas sanitarias y sociales necesarias para proteger, promover y mantener o recuperar la salud” (Barbieri y otros, 2002)

La equidad está íntimamente relacionada con la “imparcialidad” Según John Rawls, la imparcialidad está vinculada al trato correcto entre personas que están cooperando o compitiendo, son personas libres, sin autoridad unas sobre otras, que reconocen las reglas que definen la competencia o la cooperación (Caballero, 2006). Hasta hoy el concepto de equidad ha sido aplicado con una óptica particularmente económica, que se refiere a niveles de desarrollo y distribución del ingreso, la equidad en salud alude a las diferencias existentes en la sociedad, tanto

a nivel de necesidades como de respuesta social organizada, lo que significa el análisis de los diversos perfiles epidemiológicos, los gradientes en la distribución de recursos y de tecnología; las diferencias en el acceso, uso y calidad de los servicios, así como la cultura de la salud, donde se materializan las condiciones, hábitos de vida y los conocimientos en materia de promoción, prevención y recuperación de aquélla. De acuerdo al Dr. Julio Frenk, la equidad nos orienta hacia problemas de distribución de recursos entre diferentes grupos de la población, implica el reconocimiento de las necesidades de dichos grupos y la búsqueda de un equilibrio entre ambos aspectos (Mora & Frenk, 2004). En el área de la salud, la equidad define el grado de ajuste entre las características de la población y las del sistema de salud y explica cómo sus determinantes profundizan o reducen las desigualdades sociales. El concepto de equidad aplicada a la salud tiene varias dimensiones, para algunos autores la equidad debe aplicarse en dos niveles, uno en el proceso de adopción de decisiones y dos, al evaluar los posibles resultados de las decisiones, ya que los procedimientos equitativos no necesariamente garantizan resultados equitativos y viceversa, procesos de adopción de decisiones inequitativas pueden generar resultados equitativos, es decir, la desigualdad no necesariamente implica inequidad y la igualdad no implica necesariamente equidad. Sin embargo, para algunos diccionarios, la equidad es sólo sinónimo de justicia, justicia conforme a la ley natural o el derecho, específicamente la libertad de prejuicios o favoritismo; otro como el estado ideal, o la calidad de ser justo, imparcial. Es por ello que la equidad tiene mucha relación con el término justicia, ésta última es definida según el jurista romano Ulpiano como: La apertura y constante voluntad de dar a cada uno lo suyo.

Para Aristóteles, la justicia la definía como igualdad proporcional, dar a cada uno lo que es suyo o lo que le corresponde y lo que le corresponde a cada ciudadano tiene que estar en proporción con su contribución a la sociedad, sus necesidades y sus méritos personales (Serrano, 2005). Para Platón, la justicia es como una armonía social, en su libro “La República” Platón propone una organización ideal, con gobernantes transformados en individuos más justos y sabios, o sea en filósofos, o bien, que los individuos más justos y sabios de la comunidad, es decir, los filósofos, sean sus gobernantes (Echandi Gurdián, 2004). Un enfoque más integral menciona que la justicia es la “concepción que cada época y civilización tienen acerca del bien común, que es un valor determinado por la sociedad y nace de la necesidad de mantener la armonía entre sus integrantes. Es el conjunto de reglas y normas que establecen un marco adecuado para las relaciones entre personas e instituciones, mediante la autorización, prohibición y permitiendo acciones específicas

en la interacción de individuos e instituciones”. Para Rawls en su libro “Teoría de la Justicia” plantea una alternativa al utilitarismo de esa época, donde se permite que los derechos de algunas personas sean sacrificados para mayor beneficio de los demás, mientras se incrementa la felicidad total, este autor lo ve inaceptable y crea su llamada alternativa al utilitarismo, en donde la justicia es como equidad, la cual se basa en un contrato social que difiere del tradicional de esa época ya que él plantea un solo contrato basado en dos principios de justicia: El primer principio de justicia, refiere que cada persona tendrá el sistema más amplio de los derechos y libertades que puede ser concedido a todos por igual, incluyendo las libertades de expresión, de conciencia, de reunión pacífica y así sucesivamente y sus derechos democráticos, estos principios son absolutos y no pueden ser violados. El segundo principio de justicia comenta que las desigualdades económicas y sociales sólo se justifican si benefician a toda la sociedad, especialmente a sus miembros más desfavorecidos, así como las posiciones económicas y sociales privilegiadas que deben estar abiertas a todas las personas por igual, esta postura de Rawls no permite que algunas personas sufran por beneficiar a las demás (Caballero, 2006). Hasta el momento, la definición de equidad no es clara, pero se inclina por un juicio moral al definirla como el dar a la persona y a la sociedad lo que les corresponde, pero ¿qué les corresponde?, ¿cuál es su derecho?, cuando se es justo o injusto con la sociedad, es aquí en donde el otro término el de “Justicia Social” aparece (*giustizia sociale*), término utilizado por primera vez por el sacerdote jesuita italiano Luigi Taparelli en el libro *Saggio teoretico di dritto naturale, appoggiato sul fatto* (Taparelli d'Azeglio & Orti y Lara, 2014). Para Taparelli este término lo aplicó a los conflictos obreros que se extendieron a raíz del establecimiento del maquinismo y la sociedad industrial y consideraba que la justicia social era una noción diferente tanto de las nociones de justicia conmutativa como de la justicia distributiva, que caracterizaban el pensamiento aristotélico-tomista. Años después, John Stuart Mill en su libro del Utilitarismo a que le brinda un prestigio muy importante ya que refiere que la justicia social es aquella en la cual “la sociedad debería de tratar igualmente bien a los que se lo merecen, es decir, a los que se merecen absolutamente ser tratados igualmente” propone que todas las instituciones, esfuerzos y todos los ciudadanos virtuosos, deberían ser llevados a convergir en el mayor grado posible (Taparelli d'Azeglio & Orti y Lara, 2014).

Aun así, la conceptualización del término no es clara y cita un ejemplo cuando menciona; para salvar una vida, “puede no sólo permisible, sino un deber”, hacer algo que contraría los principios de la justicia y pone como ejemplo, “robar o tomar por la fuerza el alimento o la

medicina necesarios, o secuestrar y obligar a que ejerza su oficio el médico competente, si no hubiera más que uno” y se refiere que en estos casos no llamamos justicia a algo que no sea una virtud, solemos decir, no que la justicia debe postergarse ante algún otro principio moral, sino que, lo que es justo de ordinario es por razón injusto en un caso particular, es decir, “la justicia significa algo que no es solamente justo hacer e injusto no hacer, sino que algún individuo puede exigirnos como derecho moral suyo”. Para Mill la esfera de la justicia es aquella en que existen obligaciones con derechos correlativos y consideraciones de justicia son las que establecen el deber en una de las partes, y es por eso que afirma que una sociedad será justa si da (y en la medida en que lo dé) a sus miembros aquello que se les debe dar, y que los miembros, por su parte, tienen derecho a que se les dé. Décadas después, este término se usa en Inglaterra a finales del siglo XIX por los socialistas fabianosb ingleses, desempeñando un papel de ética, para guiar la evolución social mediante cambios no revolucionarios hacia un sistema socialdemócrata (García Añón, 1994).

A partir de los fabianos el concepto de justicia social es adoptado por la socialdemocracia, principalmente Inglaterra, Francia y Argentina. Después de la Primera Guerra Mundial en 1919 se crea la Organización Internacional del Trabajo (OTI) quien incorpora la noción de justicia social a su Constitución, en la primera frase inicia diciendo; “Considerando que la paz universal y permanente sólo puede basarse en la justicia social.” Es decir, desde el punto de vista histórico la justicia social es un concepto aparecido a mediados del siglo XIX, refiriendo situaciones de desigualdad social, definiendo la búsqueda de equilibrio entre partes desiguales, por medio de la creación de protecciones o desigualdades de signo contrario, a favor de los más débiles, en donde se dice que mientras la justicia debe ser ciega, la justicia social debe quitarse la venda para poder ver la realidad y compensar las desigualdades que en ella se producen. Sin embargo, uno de los autores que critica de forma enérgica y sostenida la mayoría de los usos es Friedrich August Von Hayek, el cual señala que el problema se encuentra en el significado mismo del término, que pese a los libros escritos no la han definido la justicia social y permite que el concepto flote en el aire, comenta que la mayoría de los autores utilizan el término para designar una virtud, para Hayek la justicia social es o una virtud o no lo es, si lo es, sólo puede adscribirse a los actos deliberados de personas individuales (Herrera R., 2003).

La mayoría de los que utilizan este término no lo adscriben a individuos sino a sistemas sociales y lo utilizan para designar un principio regulador de orden y que estos no están creados en la virtud, sino en el poder. El autor, aboga por que la definición del concepto tenía como defensa

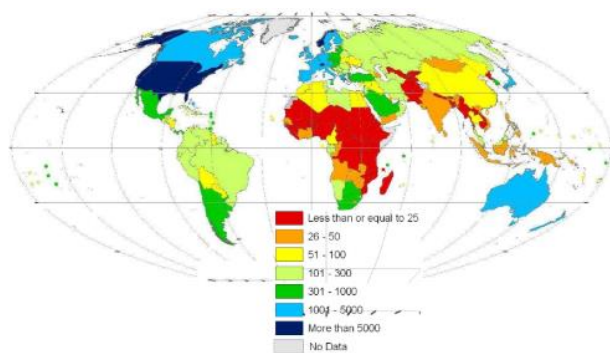
por las poblaciones más necesitadas, los campesinos del siglo XIX convertidos en obreros urbanos, pero objetaba que los pensadores de esa época se olvidaban que la justicia por definición, es social, un descuido cuando el término de “social” ya no describe el producto de las virtuosas acciones de muchos individuos sino más bien el objetivo utópico hacia el que todas las instituciones y todos los individuos “deberían ser llevadas a convergir en el mayor grado posible” mediante la coerción, en este caso, el “social” de la “justicia social” se refiere a algo que no emerge orgánica y espontáneamente del comportamiento respetuoso de la ley de individuos libres sino más bien de un ideal abstracto impuesto desde arriba. En cierta medida esta postura la tiene Alejandro Korn, el cual sostiene que la justicia social es un ideal que solo puede definirse a partir del hecho concreto de la injusticia social y menciona “el sujeto no se mantiene frente al mundo en actitud contemplativa, no es de manera alguna un espectador desinteresado. La conciencia es el teatro de los conflictos y armonías entre el sujeto que siente, juzga y quiere, y el objeto que se amolda o resiste”, es decir, parte de la comprensión del yo y del sujeto como entidades activas dotadas de iniciativa propia (Carrillo Primerano, 2015).

Hasta estos momentos la conceptualización de los conceptos puede percibirse de diferentes maneras, sin un adecuado abordaje en las acciones encaminadas a proteger a la población más vulnerable, la cual continúa careciendo de un sistema de salud que otorgue lo necesario cuando así se requiera, con servicios eficientes y de calidad, pero sobre todo, que evite los gastos de bolsillos y con ello los gastos catastróficos entre la población que carece de seguridad social, es por ello que uno de los principales retos que enfrentan los sistemas de salud de cualquier país es “garantizar a la sociedad, el acceso efectivo a un conjunto de servicios de salud en condiciones adecuadas de calidad, dignidad y oportunidad, independientemente de su origen étnico, posición social, situación laboral y capacidad de pago”, con actividades relacionadas con la salud pública la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y otras intervenciones que benefician a la salud. Para hacerlo, es necesario que los países aumenten el gasto que destinan a la salud, este gasto en salud es definido como; “todas las erogaciones de actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y la protección de la salud durante un periodo de tiempo definido”, este gasto es equivalente al presupuesto ejercido en las diferentes intervenciones realizadas.

Durante el 2004 la OMS reportó que el gasto en salud per cápita a nivel mundial se encontraba distribuido de la siguiente manera (Figura 1) en donde se observa el gasto que destinan los diferentes países a la salud y la desigualdad que existe a nivel mundial.

Figura 1

Mapa del total de gasto en salud per cápita 2004 (en dólares).



Nota. Composición del gasto en salud. Adaptado de OMS (2005). Citado por (Viveros, 2010, pág. 27).

El gasto en salud se encuentra conformado de dos maneras; por lo que la sociedad aporta a través de los impuestos y lo que proviene directamente de su bolsillo al demandar atención. El primero también puede ser clasificado como gasto público y se distribuye entre todas las instituciones públicas que componen el Sistema de Salud, el segundo es el gasto privado, que equivale al desembolso que las familias hacen para el cuidado de su salud, es definido como la suma de todas las erogaciones directas e indirectas que realizan las familias para la atención de la salud de sus miembros. Por erogación directa se entiende el gasto que es efectuado directamente del bolsillo de las personas para pagar la atención al momento de recibirla y erogación indirecta, se refiere a todo aquel gasto en salud que realizan las familias en seguros voluntarios. El gasto de bolsillo es el componente más importante del gasto privado en salud y es la forma más inequitativa de financiar los servicios de salud, porque la atención médica está en función de la capacidad de pago y no de las necesidades de salud de las familias. Para cualquier sistema de salud se esperaría un predominio del gasto público, sin embargo, de acuerdo a estudios de la OPS, en 1990 el gasto en salud se encontraba predominantemente compuesto por gasto privado en un 57% y el gasto público en el 43% restante, en varios países de Latinoamérica con variaciones importantes en alguno de ellos. El mismo estudio menciona que países desarrollados como Estados Unidos, Reino

Unido, España, Francia, Holanda, Italia y Dinamarca, el gasto efectuado por los hogares, representó entre 30% y 8.4%. Sin embargo, en los países desarrollados esta forma de financiamiento no ha variado mucho, de acuerdo a la OMS los 192 países miembros reportaron el gasto en salud durante el 2005 de la siguiente manera; gasto del gobierno 33%, seguridad social 26%, seguros privados 18%, gasto de bolsillo 19% y otros 4%.

1. Financiación de la salud a partir de gasto de bolsillo

El Gasto de Bolsillo -GDB- es, en la práctica, una fuente de recursos; sin embargo, es la menos deseada por su efecto negativo en el acceso a los servicios de salud y la equidad, así como también por motivos de eficiencia en el gasto en salud. Su monto y contenido reflejan, sobre todo, la ausencia de cobertura de aseguramiento o protección financiera con respecto a un conjunto de bienes y servicios de salud para determinados grupos de la población. Su análisis, por tanto, permite identificar la necesidad de adoptar intervenciones de política específicas para proteger a los hogares del riesgo financiero por utilizar servicios de salud. También se da el caso de que algunos procedimientos de alto costo, por ejemplo, ciertas cirugías, medicamentos y dispositivos médicos) y el tratamiento de algunas enfermedades crónicas implican un mayor GDB y aumentan el riesgo financiero. La evidencia muestra que el umbral de GDB que minimiza el riesgo financiero de que los hogares incurran en gasto catastrófico o empobrecedor es de 20% del gasto corriente total en salud (1). Es decir, los países en los que más de 20% del gasto corriente en salud es financiado mediante GDB suelen mostrar peores indicadores de protección financiera de los hogares. Los sistemas de cobertura amplia, como los de gobierno, contribuyen a reducir el riesgo financiero de los hogares. Los sistemas de prepago también protegen a los hogares que consumen los servicios de salud del riesgo financiero y facilitan la planificación del sistema de atención.

El gasto privado en salud se refiere al gasto en salud proveniente de agentes no públicos, y suele dividirse entre el gasto de bolsillo en salud (GBS), los esquemas de pago voluntario, y las fuentes externas. El GBS se refiere a los pagos efectuados para costear directamente la atención de la salud, mientras que los esquemas de pago voluntario se refieren al pago de primas de seguros privados que ofrecen cobertura para los servicios de proveedores privados. Los recursos externos incluyen los fondos para salud recibidos de diferentes donantes o fuentes similares.

La investigación reveló que del gasto total en salud, 20,6% sale del bolsillo de las familias colombianas; mientras que en Latinoamérica el promedio de esta cifra es de 42,7%. El país de la región donde los ciudadanos aportan más de su bolsillo a la salud es Uruguay con 71,2%; y le siguen Guatemala (54,8%) y Brasil (43,9%). En la parte inferior de la lista están Costa Rica (22,1%), Colombia y Argentina (14,8%). (Velásquez, 2019)

Se considera que el GBS superior al 20% del gasto corriente en salud es problemático, ya que indica una alta vulnerabilidad a los gastos catastróficos por motivos de salud al momento de una emergencia médica. En la sección sobre “Protección financiera” se examina el grado en que las poblaciones de LAC están en riesgo de caer en la pobreza a causa de los gastos catastróficos por motivos de salud.

El gasto en salud por medio de esquemas de pago voluntario representó como promedio el 8% del gasto corriente en salud en LAC, por encima del promedio de la OCDE de 5,5%. Esta participación se incrementó en la mayoría de los países entre el 2010 y el 2017, en cambio, en Uruguay se redujo en más de 7 puntos porcentuales. El seguro médico privado es una fuente significativa de cobertura secundaria en la mayoría de los países, ya sea para complementar la cobertura de bienes y servicios no incluidos en el paquete básico de prestaciones.

La porción del gasto en salud que proviene de fuentes externas es baja en toda la región: menos del 1% en 19 de los 30 países que disponen de datos. Sin embargo, es fuente de financiación muy importante en Haití (más del 43%), lo que ilustra la dependencia del país en relación con los recursos externos procedentes de diversos donantes.

El sistema de salud de Costa Rica está organizado alrededor de un seguro estatal que cubre prácticamente a toda la población. Ha sido caracterizado como “un sistema público con participación marginal del sector privado”, en el que por tratarse de un escenario eminentemente público su objetivo es mejorar la eficiencia y competitividad de las instituciones públicas que prestan servicios de salud.

Costa Rica cuenta con condiciones de salud muy favorables en el contexto mundial. La esperanza de vida sin discapacidad al nacer de Costa Rica es igual a la de los países de la OCDE y está entre los primeros lugares de las zonas tropicales del mundo los logros de Costa Rica en materia de salud son la principal razón por la que este país se encuentra en una elevada posición en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que calcula anualmente el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y explica por qué el IDH de Costa Rica permite clasificarlo en una

posición mucho más alta que la que le corresponde en el ordenamiento mundial de acuerdo con el Producto Interno Bruto (PIB) por habitante. En contraste con las condiciones de salud.

El sistema de salud de Costa Rica proporciona acceso a sus servicios a toda la población sin importar su condición de aseguramiento, nacionalidad o capacidad de pago. Esta característica, que probablemente no es sostenible en esa forma en el mediano plazo, se ha mantenido a pesar de que el sistema tiene serias deficiencias para cobrar las contribuciones obligatorias al sector privado y aún más para cobrar por servicios prestados a personas no aseguradas.

La población costarricense otorga un lugar de privilegio a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), que es el centro del sistema de salud. Las encuestas de opinión pública señalan a esta institución como una de las mejores entidades públicas y como una de las que debe mantenerse como tal, a pesar de que se señalan también (desde la década de los setenta al menos) las insuficiencias del sistema de atención primaria y en particular el mal trato personal recibido por los usuarios.

Uruguay se destaca por su alto grado de compromiso y por la calidad de los datos aportados. Dentro de los principales resultados se destaca el indicador de gasto total en salud como porcentaje del PIB que es de 9.19 %; el gasto público sobre el PIB (entendiéndose el gasto público sobre gasto financiado por fuentes públicas) representó el 6.9 % y el gasto de bolsillo sobre el gasto corriente en salud para 2021 fue de 15.3 %.

Así Uruguay cumple con las recomendaciones de OPS/OMS de alcanzar al menos un 6 % como porcentaje del PIB en gasto público en salud y un gasto de bolsillo sobre gasto corriente menor al 20%.

1.1 La perspectiva de la protección financiera

La protección financiera es un componente clave de la salud universal. Según este concepto, todas las personas reciben los servicios de salud que necesitan y están protegidas de las dificultades financieras potenciales resultantes de utilizar dichos servicios. En este sentido, el hecho de que el GDB o el pago directo constituyan un requisito para recibir atención o productos de salud necesarios muchas veces configura una barrera de acceso a la atención. Sin embargo, incluso para quienes puedan sortear dicha barrera, esos gastos podrían afectar de manera negativa el nivel de bienestar de sus hogares o el consumo de otros bienes y servicios. Por ejemplo, las

personas podrían encontrarse ante la disyuntiva de utilizar los servicios de salud o consumir otros bienes o servicios. Para monitorear estas consecuencias potenciales no deseadas es que se hace uso de dos familias de indicadores que refieren a dos tipos de situaciones. En primer lugar, puede ser que el gasto de bolsillo en salud represente una proporción muy alta del ingreso o consumo total de un hogar en determinado período. A la familia de indicadores que miden la incidencia de esa situación en los hogares se los conoce como indicadores de “gasto de bolsillo catastrófico en salud”. En segundo lugar, puede darse la situación en que el GDB en salud de un hogar represente la diferencia entre situarse por encima o por debajo de la línea de pobreza. A esta segunda familia de indicadores se los conoce como de “gasto de bolsillo empobrecedor en salud”. En general, para los indicadores de gasto catastrófico en salud, suelen utilizarse 10% y 25% del consumo mensualizado total de los hogares como umbrales de referencia para considerar que un hogar incurre en gasto catastrófico. Para el caso del gasto empobrecedor, suele utilizarse la actualización de la línea de pobreza internacional de 1,90 USD diarios (hoy en día \$2,15 USD, como umbral de referencia. De todos modos, para analizar cada país suelen utilizarse las líneas de pobreza nacionales.

Con respecto al monitoreo de los ODS, el tercero plantea “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” y, en particular, en el objetivo 3.8.2 se propone monitorear la “proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares”. Si bien en la actualidad no hay un umbral acordado, normalmente se utilizan los porcentajes mencionados (10% y 25%) para el informe oficial, mientras que el gasto empobrecedor no forma parte del monitoreo de los ODS. Otro aspecto relevante es que –como se menciona más arriba– los indicadores de protección financiera presentan el mismo desafío que cualquier medición de gasto de bolsillo en salud: no toman en cuenta aquellos hogares que, justamente por no poder afrontar el pago, dejan de utilizar un servicio de salud, aunque lo necesiten. Si bien estas situaciones se monitorean con otros indicadores, es importante tomar esto en consideración, ya que un hogar que no incurre en gasto catastrófico en salud puede indicar tanto una situación favorable de protección financiera, como una situación en la cual no existe GDB (o este es muy bajo) porque no se utilizan los servicios necesarios.

Por último, se debe tomar en cuenta que ambas perspectivas son complementarias, pero con sus especificidades. Mientras que la perspectiva de cuentas nacionales de salud podría considerarse más abarcaría del seguimiento de las fuentes de recursos que financian un sistema de

salud (p. ej., cuánto representa el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto corriente en salud de un país), la perspectiva de protección financiera toma como unidad de medida el hogar e intenta medir de forma directa el efecto que el pago directo puede generar en su presupuesto (p. ej., porcentaje de personas que viven en hogares en que el gasto de bolsillo representa más del 25% del consumo total). Además de ser complementarios, existe una estrecha correlación entre ambos indicadores, ya que es esperable que mientras mayor sea el porcentaje del gasto corriente en salud de un país que se financia con GDB de bolsillo, más importante sea el efecto del GDB de salud en los presupuestos de los hogares.

1.2 Gasto de bolsillo y sus limitaciones como indicador

La estimación del GDB, cuando se realiza con base en encuestas de hogares, tiene como limitación el que deja fuera de la muestra a la población que no tuvo acceso a los servicios de salud debido a barreras financieras o de otro tipo. Ello distorsiona el análisis y, eventualmente, el diseño de políticas. Esto es, tiene una limitación en la medición que se propone, asociada al deficiente registro del GDB. Por ejemplo, en el caso de la pandemia de COVID-19, según las políticas nacionales, el GDB pudo haberse incrementado o reducido según cuánto se restringió el acceso a los servicios de salud por las medidas de restricción de movilidad o por el temor de la población al contagio en los centros de salud. La población pudo haber seguido diferentes estrategias, de acuerdo con el tipo de cobertura y de la adopción o no de políticas para paliar la interrupción de los servicios esenciales (p. ej., gasto por atención en el sector privado, seguro médico privado, compra directa de medicamentos y compra de bienes específicos como oxígeno, equipos de protección personal y desinfectantes, entre otros). La medición de cuentas del GDB no es una medición directa de protección financiera, si bien es cierto que, como se mencionó, mientras mayor sea el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud, peores serán los resultados de los indicadores de protección financiera. El enfoque de cuentas no se dirige a la medición de barreras de acceso ni a la protección financiera, sino al análisis del gasto directo de los hogares en salud. Esto es una limitación del GDB como indicador directo de protección financiera.

2. Control de calidad del GDB

Es necesario verificar la consistencia del GDB estimado con los agregados y al interior de sus componentes. Por ejemplo, se debe intentar conciliar el nivel de gasto directo con el ingreso proveniente de los hogares informado por los proveedores y con los datos sobre financiamiento (seguros y copagos gubernamentales, reembolsos y transferencias). Asimismo, debe existir coherencia entre los componentes del sistema de cuentas en salud y la contabilidad nacional. Por ejemplo, si el gasto de consumo final de los hogares se incrementa, es de esperar que el GDB también lo haga. Por último, se deben comparar las tasas de crecimiento del GDB con algún indicador macro (p. ej., con el crecimiento del PIB). También se debe verificar la existencia de políticas que buscan reducir el gasto de bolsillo, como por ejemplo la gratuidad de servicios o la introducción de un esquema de prepago.

Deben buscarse indicadores indirectos de dichos cambios para usarlos como referencia y valorar la evolución del nivel del GDB. Un enfoque integrador implica analizar las fuentes de datos, sus discrepancias, fortalezas y debilidades, e integrar un monto de gasto. Es importante también analizar la información de acuerdo con los componentes de mayor consumo de los hogares (p. ej., triangular) o complementar el resultado de la encuesta de hogares con los niveles de provisión (como los medicamentos y pagos hospitalarios, entre otros).

2.1 Estimación del Gasto de Bolsillo en Colombia

El gasto de bolsillo en salud es un tema relevante para Colombia y tiene implicaciones significativas en la protección financiera de los hogares.

Con base al artículo Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia, (Alvis Zakzuk y otros, 2018) se estimó el gasto de bolsillo promedio anual en diferentes estratos socioeconómicos:

- Hogares pobres: 1,566,036 COP (aproximadamente 783 dólares estadounidenses)
- Hogares de estrato medio: 2,492,928 COP (aproximadamente 1,246 dólares estadounidenses)
- Hogares ricos: 4,577,172 COP (aproximadamente 2,288 dólares estadounidenses)
 - Como proporción del ingreso, el gasto de bolsillo en salud fue:

- 14.6% en los hogares pobres.
- 8.2% en los hogares de estrato medio.
- 7.0% en los hogares ricos
- Probabilidad de Gasto Catastrófico:
 - La probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en salud también varía según el estrato socioeconómico:
- Hogares pobres: 30.6%
- Hogares de estrato medio: 10.2%
- Hogares de estrato alto: 8.6%
- Determinantes del Gasto de Bolsillo:
 - Factores como el estrato socioeconómico, la educación y la ocupación influyen en el gasto de bolsillo en salud y la probabilidad de gasto catastrófico

2.1.1 ¿Cómo afecta esto a las personas con enfermedades crónicas?

Las personas con enfermedades crónicas en Colombia enfrentan desafíos significativos debido al gasto de bolsillo en salud. Permíteme explicarte cómo esto puede afectarlas:

1. Mayor Carga Económica:
 - Las personas con enfermedades crónicas a menudo requieren atención médica continua. Esto implica visitas regulares al médico, medicamentos y posiblemente procedimientos costosos.
 - El gasto de bolsillo para estas personas puede ser considerable, especialmente si no cuentan con un seguro médico adecuado.
 - La necesidad de cubrir estos costos puede generar una carga financiera significativa para los pacientes y sus familias.
2. Acceso Limitado a la Atención:
 - El alto gasto de bolsillo puede llevar a restricciones en el acceso a la atención médica.
 - Algunas personas con enfermedades crónicas pueden posponer o evitar buscar atención debido a preocupaciones financieras.
 - Esto puede resultar en deterioro de la salud y complicaciones adicionales.
3. Riesgo de Gasto Catastrófico:

- Las personas con enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo de incurrir en gasto catastrófico (cuando los gastos médicos superan una parte significativa de los ingresos familiares).
 - Esto puede afectar negativamente su calidad de vida y bienestar.
4. Desigualdades Socioeconómicas:
- Como mencioné anteriormente, el gasto de bolsillo varía según el estrato socioeconómico.
 - Las personas con enfermedades crónicas en hogares más pobres pueden enfrentar mayores dificultades financieras y menos acceso a servicios de salud de calidad.
5. Necesidad de Políticas de Protección Social:
- Es crucial implementar políticas que reduzcan la carga financiera para las personas con enfermedades crónicas.
 - Esto podría incluir ampliar la cobertura de seguros médicos, programas de subsidios y acceso a medicamentos esenciales

2.1.2 ¿Cómo afecta esto a las personas con enfermedades raras?

Las enfermedades raras presentan desafíos únicos para las personas afectadas y sus familias. Permíteme explorar cómo el gasto de bolsillo en salud impacta a este grupo:

1. Diagnóstico Difícil:
- Las enfermedades raras a menudo son difíciles de diagnosticar debido a su rareza y la falta de conocimiento médico.
 - Los pacientes pueden pasar por múltiples consultas, pruebas y especialistas antes de obtener un diagnóstico preciso.
 - Cada paso en este proceso implica gastos adicionales.
2. Costos de Tratamiento Específicos:
- Las enfermedades raras pueden requerir tratamientos especializados, como medicamentos huérfanos o terapias específicas.
 - Estos tratamientos suelen ser costosos y, en muchos casos, no están cubiertos por los sistemas de salud públicos.

- Las personas con enfermedades raras a menudo deben asumir estos costos por sí mismas.
3. Acceso Limitado a Medicamentos Huérfanos:
 - Los medicamentos huérfanos diseñados para tratar enfermedades raras son costosos debido a la baja prevalencia de estas condiciones.
 - El gasto de bolsillo para adquirir estos medicamentos puede ser abrumador para las familias afectadas.
 4. Necesidad de Atención Especializada:
 - Las personas con enfermedades raras requieren atención de especialistas altamente capacitados.
 - Esto puede implicar viajar a centros médicos especializados, lo que aumenta los costos de transporte y alojamiento.
 5. Impacto Emocional y Social:
 - Las enfermedades raras pueden afectar la calidad de vida, la capacidad para trabajar y las relaciones sociales.
 - El estrés emocional y la ansiedad relacionada con la enfermedad también pueden ser costosos en términos de salud mental.
 6. Desafíos en la Protección Financiera:
 - Dado que las enfermedades raras no son comunes, los sistemas de salud no siempre ofrecen cobertura adecuada.
 - Las personas afectadas a menudo enfrentan gastos catastróficos que superan sus ingresos familiares.
 7. Necesidad de Políticas Específicas:
 - Es fundamental implementar políticas que aborden las necesidades de las personas con enfermedades raras.
 - Esto podría incluir subsidios para medicamentos, programas de apoyo financiero y acceso a servicios especializados.

3 El gasto de bolsillo en salud en las regiones colombianas

Por ahora, los gastos en salud han sido examinados desde una perspectiva macroeconómica, en torno a la importancia de sus componentes en el gasto total y su participación en el producto nacional. Esta sección está dedicada a presentar los perfiles de gasto en salud desde una perspectiva microeconómica, al interior de los hogares en las distintas regiones del país y a lo largo de las distintas características de las familias. En particular, se busca determinar en qué medida los gastos de bolsillo en salud participan en el gasto total de los hogares, cómo varían estas participaciones por región y por estrato, cuáles son los bienes y servicios de la salud que más afectan el gasto de los hogares y cuáles son los lugares de compra más frecuentados por los hogares a la hora de realizar este tipo de compras.

Los hogares destinan sus ingresos a cubrir las distintas necesidades de sus miembros, dentro de las que se destacan la alimentación, la vivienda, la salud, la educación y otras relacionadas con el ocio como la recreación y la cultura, entre otras. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en la mayoría de países del mundo la compra de alimentos es la que mayor porcentaje del gasto total de los hogares representa, seguido por la vivienda y el transporte. Cálculos recientes para Colombia con base en la Encuesta de Calidad de Vida 2010 indican que, como porcentaje del gasto total, los hogares destinan cerca del 30% a alimentación, 25% a vivienda y 9% a transporte, es decir, que dos terceras partes del gasto total se destinan a estos tres tipos de bienes y servicios; para el caso de la salud encontraron un gasto promedio del 2,1% (Pérez Valbuena & Silva Ureña, 2015).

3.1 Factores determinantes en el gasto de bolsillo de los sistemas de salud.

El gasto de bolsillo en salud esta determinado por los siguientes factores, principalmente: seguridad social, composición del hogar, características del jefe del hogar, características de la vivienda, zona geográfica, económicas, salud. Los factores determinantes del gasto de bolsillo en salud fueron: niños menores de 5 años y mayores de 65 años, sexo, edad y nivel educativo del jefe del hogar, agua potable en vivienda y presencia de un integrante del hogar con enfermedad crónica (hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer, entre otras). Además, se encontró que el gasto de bolsillo en salud como proporción del ingreso disponible de los hogares de la región central

de país, aumenta a medida que también lo hace el número de personas mayores de 65 años, la edad y el nivel educativo del jefe del hogar, contar con agua potable en la vivienda y la presenciade al menos una persona en el hogar con una enfermedad crónica; y disminuye a medida que aumenta el número niños menores de 5 años en el hogar y cuando su jefe es hombre. Las variables aseguramiento, mujeres en edad fértil, zona y piso no resultaron ser estadísticamente significativas (Gil Ospina y otros, 2011).

Conclusiones

- Al pensar en el diseño de políticas, el problema más importante en el traslado de los resultados es carecer de encuestas de hogares con la frecuencia deseada (máximo cada 3 o 4 años) en la mayoría de los países. También se observa una ausencia de registros administrativos que capturen los pagos de los hogares en todo el sistema de salud, tanto con proveedores públicos como privados. Dada la falta de registros adecuados en las encuestas, el monto puede estar subvaluado, por no incluir pagos bajo la mesa, o sobrevaluado, por carecer de registros de reembolsos realizados en otro período.
- Cuando las estimaciones muestran una evolución del indicador que no coincide con las políticas aplicadas en el mismo período o con la evolución de otros indicadores del gasto en salud, se recomienda analizar las fuentes de información y los procesos, siempre con la participación coordinada y el intercambio y triangulación de diferentes fuentes de información.
- El gasto de bolsillo en salud afecta directamente a las personas con enfermedades crónicas en términos de acceso a la atención y carga económica. Abordar estas cuestiones es fundamental para garantizar una atención médica equitativa y sostenible en Colombia.
- Persisten las desigualdades en la protección financiera de los hogares colombianos contra el gasto de bolsillo y la probabilidad de gasto catastrófico en salud. Este estudio proporciona evidencia para revisar las políticas de protección social dirigidas a los hogares más vulnerables económicamente. Es fundamental abordar estas desigualdades para garantizar un acceso equitativo a la atención médica en el país.

- El gasto de bolsillo en salud está determinado por los siguientes factores, principalmente: seguridad social, composición del hogar, características del jefe del hogar, características de la vivienda, zona geográfica, económicas, salud.

Referencias bibliográficas

- Alvis Zakzuk, J., Marrugo Arnedo, C., Alvis Zakzuk, N., Gómez de la Rosa, F., Florez Tanus, Á., Moreno Ruiz, D., & Alvis Guzmán, N. (Noviembre de 2018). Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 591-598.
<https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/4697/Gasto%20de%20bolsillo%20y%20gasto%20catastr%C3%B3fico%20en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aristizabal Gómez, E. A. (2022). Población habitante de calle, variación sociodemográfica y exclusión social en Bogotá (1997-2017). *[Trabajo de grado, Universidad Externado de Colombia]*. Repositorio Institucional.
<https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/fae7227e-30ee-4404-a393-07116d4cf837/content>
- Asamblea Nacional Constituyente. (7 de Julio de 1991). Constitución Política de Colombia [Const]. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- Banco de la Republica. (8 de mayo de 2023). Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos. Bogotá: Banco de la Republica.
<https://www.banrep.gov.co/es/financiamiento-sistema-salud-colombia-fuentes-usos>
- Barbieri, N. C., de la Puente, C., & Tarragona, S. (2002). La equidad en el gasto público en salud. *[Tesis de Maestría, Universidad Nacional de La Plata]*: Repositorio Institucional.
https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/3486/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Caballero, J. F. (2006). La Teoría de la Justicia de John Rawls. *Ibero Forum*, 1(11), 1-22.
https://ibero.mx/iberoforum/2/pdf/francisco_caballero.pdf
- Carrillo Primerano, R. (2015). La precepcion como fundamento de la identidad personal. *[Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona]*. Repositorio Institucional.
https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/298468/RCP_TESIS.pdf

Cohen, S. (1999). *The homeless in America*. Routledge.

Congreso de la República de Colombia. (12 de agosto de 1993). Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 41.148. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Congreso de la República de Colombia. (12 de julio de 2013). Ley 1641 de 2013. *Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 48.849. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1641_2013.html

Corte Constitucional de Colombia. (24 de junio de 1992). Sentencia T-426. *Magistrado Ponente: Eduardo Cifuentes Mño*z. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-426-92.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (1 de febrero de 2006). Sentencia C-040. *Magistrado Ponente: Jaime Araújo Rentería*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-040-06.htm#:~:text=Sentencia%20C%2D040%2F06&text=En%20Colombia%2C%20las%20pol%C3%ADticas%20perfeccionistas,virtud%20o%20de%20excelencia%20humana>.

Corte Constitucional de Colombia. (16 de agosto de 2007). Sentencia T-646. *Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa*. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/t-646_2007.htm

Corte Constitucional de Colombia. (26 de octubre de 2007). Sentencia T-900. *Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-900-07.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (4 de mayo de 2011). Sentencia 323. *Magistrado Ponente: Jorge Iván Palacio Palacio*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-323-11.htm>

Departamento Nacional de Planeación (DNP). (29 de junio de 2006). Conpes No.100. *Lineamientos para la focalización del gasto social*. Consejo Nacional de Política Económica y Social. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/100.pdf>

Echandi Gurdián, M. (5 de Febrero de 2004). La justicia como suprema virtud en Platón a la luz del marco de la sociedad civil y la justicia en Israel. *Revista de Ciencias Jurídicas*(105), 1-20. <https://doi.org/10.15517/rcj.2004.13344>

- García Añón, J. (1994). La teoría de la justicia y los derechos morales en John Stuart Mill. [*Tesis doctoral no publicada*], Universitat de València].
- Gil Ospina, A., Martínez Jaramillo, H., Gutiérrez Giraldo, J., & Díaz Apache, R. D. (2011). Determinantes del gasto de bolsillo y gasto catastrófico en la Región Central de Colombia (2008). *Revista Gestion y Gestion*(11), 39-62. <https://revistas.ucp.edu.co/index.php/gestionyregion/article/view/858/850>
- Gómez Urueta, C. (2013). El habitante de la calle en Colombia: Presentación desde una perspectiva social - preventiva. *Revista Actualidad Jurídica*, 28-39. <https://observatoriodeseguridadyconvivencia.dosquebradas.gov.co/wp-content/uploads/2018/08/El-habitante-de-la-calle-en-Colombia.pdf>
- Herrera R., A. (2003). La crítica de Hayek al concepto de justicia social, como resultado de un ideario liberal. *Theologica Xaveriana*, 147, 371-388. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/teoxaveriana/article/view/20873/16214>
- Herrero Jaén, S. (Agosto de 2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006#:~:text=La%20OMS%20define%20Salud%20como,m%C3%A1s%20conocida%20y%20aceptada%20globalmente.
- Lolas Stepke, F. (2000). Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos. *Segunda Reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética*. Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Bio%C3%A9tica%20y%20cuidado%20de%20la%20salud.%20Equidad,%20calidad,%20derechos.pdf>
- Mazenett, J. (16 de enero de 2024). *¿Qué significa un gasto de bolsillo alrededor del 40% en América Latina y el Caribe?*. *mercadeosalud.com*: <https://mercadeosalud.com/que-significa-un-gasto-de-bolsillo-alrededor-del-40-en-america-latina-y-el-caribe/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f). *¿Quiénes son las personas de la calle?* *minsalud.gov.co*: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/habitantes-en-calle.aspx>

- Mora, & Frenk, J. (2004). Mensaje del doctor Julio Frenk, Secretario de Salud. *Salud Pública de México*, 46(3). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000300016
- Moreno Villamizar, M. M. (2021). Inequidad en la cobertura del Sistema de Seguridad Social de los rabajadores que se encuentran en la economía informal en Colombia: propuesta de interpretación para la garantía de sus derechos a partir de los postulados del derecho como integridad. [Tesis doctoral, Universidad Libre]. Repositorio Institucional. <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/20632/Manuel%20Mauricio%20Moreno%20Villamizar%20-%20TESIS%20DOCTORAL.pdf?sequence=1>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. un.org: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Gasto de bolsillo: cifras confiables para*. Organización Mundial de la Salud (OMS). https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/59295/OPSHSSH230009_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez Valbuena, G. J., & Silva Ureña, A. (2015). *Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia*. Banco de la Republica. https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_218.pdf
- Rossi, P. (1989). *Down and out in America: The origins of homelessness*. University of Chicago Press.
- Sautu, R., Bonolio, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Clacso. <https://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2014/DraSanjurjo/8mas/Ruth%20Sautu,%20Manual%20de%20metodologia.pdf>
- Serrano, E. (2005). La teoría aristotélica de la justicia. *Isonomía*(22). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-02182005000100006#:~:text=Arist%C3%B3teles%20habla%20de%20una%20proporci%C3%B3n,la%20igualdad%20debe%20ser%20restaurada.
- Taparelli d'Azeglio, L., & Orti y Lara, J. M. (2014). *Ensayo teórico de derecho natural apoyado en los hechos / por Luis Taparelli ; traducido directamente de la última edición italiana*

- hecha en Roma y corregida y aumentada por su autor, por Juan Manuel Orti y Lara.*
Tejado a cargo de R. Ludeña. <https://archive.org/details/BRes092625>
- Velásquez, P. (22 de mayo de 2019). Gasto de bolsillo en latinoamerica. Consultor Salud. Paola Velasquez: <https://consultorsalud.com/gastos-de-bolsillo-en-latinoamerica/>
- Viveros, J. E. (2010). Gasto de bolsillo en los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. *[Tesis de Maestría, Universidad Veracruzana]*. Repositorio institucional. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/29952/JoseEusebioViveros.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Wright, J. D. (1997). *Homelessness and housing policy*. Routledge.