

# **Barreras de acceso y factores asociados a la incurrencia de gastos de bolsillo en el departamento del Putumayo. Un estudio analítico<sup>\*</sup>**

## **Access Barriers and Factors Associated With Incurring Out-of-Pocket Expenses in the Putumayo Department: An Analytical Study**

### **Barreiras de acesso e fatores associados à incorrência de despesas do próprio bolso no departamento de Putumayo: um estudo analítico**

**Recibido:** 06 de febrero de 2025. **Aceptado:** 16 de julio de 2025. **Publicado:** 16 de diciembre de 2025.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.bfig>

Claudia Consuelo Torres Contreras<sup>a</sup>

Universidad de Santander, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7064-9380>

Mayerli Katherine Rincón Romero

Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4668-1070>

Diana Isabel Cáceres Rivera

Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4751-6173>

Luis Alberto López Romero

Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7698-7900>

Diego Alejandro Diaz Yáñez

Universidad de Santander, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0982-1269>

**Cómo citar:** Torres Contreras, C. C., Rincón Romero, M. K., Cáceres Rivera, D. I., López Romero, L. A. y Diaz Yáñez, D A. (2025). Barreras de acceso y factores asociados a la incurrencia de gastos de bolsillo en el departamento del Putumayo. Un estudio analítico. *Gerencia y Políticas de Salud*, 24. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.bfig>

<sup>a</sup> Autora de correspondencia. Correo electrónico: [colombia.clau.torres@mail.udes.edu.co](mailto:colombia.clau.torres@mail.udes.edu.co)



## Resumen

Introducción. Los gastos de bolsillo son costos que pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios de salud. Objetivo. Este estudio busca analizar las barreras y factores asociados a la incurriencia de gastos de bolsillo relacionados con la atención en salud en el departamento del Putumayo, Colombia. Metodología. Se realizó un estudio de corte transversal analítico en 784 adultos que acudieron a servicios de consulta externa, hospitalización o urgencias. Se determinó el gasto de bolsillo con un instrumento previamente validado y aplicado a participantes por profesionales entrenados. Se realizó un análisis descriptivo, así como un análisis bivariado y multivariado de regresión logística. Resultado. La mediana de edad fue de 43 años [Q1: 30; Q3: 61] y el gasto de bolsillo de 100 000 pesos colombianos [Q1: 20 000; Q3: 210 000]. Se encontró que pertenecer a una raza diferente a la mestiza, estar en el régimen contributivo especial, residir en zona rural o rural dispersa, acudir a consulta con médico general, haber tenido hospitalizaciones en los últimos seis meses, así como presentar diabetes mellitus (DM) o hipertensión arterial (HTA), se asoció con una mayor probabilidad de incurrir en gastos de bolsillo. Por el contrario, tener 50 años o más, contar con educación secundaria, tecnológica o universitaria, y haber asistido a urgencias en los últimos seis meses se asoció con una menor probabilidad de incurrir en dichos gastos. Conclusiones. Pertenecer a una raza diferente a la mestiza, al régimen contributivo, habitar la zona rural y rural dispersa, haber consultado al médico general, haber sido hospitalizado en los últimos seis meses, tener DM e HTA se asociaron con una mayor probabilidad de haber incurrido en gastos de bolsillo. Por el contrario, tener 50 años o más, educación secundaria, tecnológica y universitaria, así como haber asistido a urgencias en los últimos seis meses, se asociaron con una menor probabilidad de incurrir en esos gastos.

**Palabras clave:** gastos en salud, estudios transversales, acceso efectivo a los servicios de salud, barreras de acceso a los servicios de salud, atención a la salud (DeCS/MeSH).

## Abstract

Introduction. Out-of-pocket (OOP) expenses are costs that can become a barrier to accessing health services. Objective. To analyze barriers and factors associated with incurring OOP expenses related to health care in the Putumayo Department, Colombia. Methods. We conducted an analytical cross-sectional study of 784 adults who sought outpatient, inpatient, or emergency care. OOP expenditure was determined using a previously validated instrument administered by trained professionals. Descriptive analyses were followed by bivariate and multivariable logistic regression analyses. Results. Median age was 43 years [Q1: 30; Q3: 61], and median OOP expenditure was 100,000 Colombian pesos (COP) [Q1: 20,000; Q3: 210,000]. Belonging to a race other than mestizo, being enrolled in the special contributory regime, residing in rural or dispersed rural areas, visiting a general practitioner (GP), having been hospitalized in the past six months, and having diabetes mellitus (DM) or hypertension (HTN) were associated with higher odds of incurring OOP expenses. Conversely, being aged  $\geq 50$  years, having secondary, technical, or university education, and having visited the emergency department (ED) in the past six months were associated with lower odds of incurring such expenses. Conclusions. Belonging to a race other than mestizo, enrollment in the contributory regime, living in rural and dispersed rural areas, consulting a GP, hospitalization in the past six months, and DM and HTN were associated with a higher probability of having incurred OOP expenses. In contrast, age  $\geq 50$  years, secondary, technical, and university education, and ED use in the past six months were associated with a lower probability of incurring these expenses.

**Keywords:** Health Expenditures, Cross-Sectional Studies, Effective Access to Health Services, Health Services Accessibility-barriers, Delivery of Health Care.

## Resumo

Introdução. As despesas do próprio bolso (OOP) podem tornar-se uma barreira ao acesso aos serviços de saúde. Objetivo. Analisar as barreiras e os fatores associados à incorrência de despesas do próprio bolso relacionadas à atenção à saúde no departamento de Putumayo, Colômbia. Métodos. Estudo transversal analítico com 784 adultos que buscaram atendimento ambulatorial, internação ou serviço de emergência. O desembolso do próprio bolso foi determinado por meio de instrumento previamente validado e aplicado por profissionais treinados. Realizaram-se análises descritivas, seguidas de regressões logísticas bivariada e multivariável. Resultados. A mediana de idade foi de 43 anos [Q1: 30; Q3: 61], e a mediana das despesas do próprio bolso foi de 100 000 pesos colombianos (COP) [Q1: 20 000; Q3: 210 000]. Pertencer a uma raça diferente da mestiça, estar inscrito no regime contributivo especial, residir em zona rural ou rural dispersa, consultar médico generalista, ter sido hospitalizado nos últimos seis meses e apresentar diabetes mellitus (DM) ou hipertensão arterial (HAS) associaram-se a maiores chances de incorrer em despesas do próprio bolso. Por outro lado, ter 50 anos ou mais, possuir escolaridade secundária, técnica ou universitária e ter



utilizado o serviço de emergência nos últimos seis meses associaram-se a menores chances de incorrer nessas despesas. Conclusões. Pertencer a uma raça diferente da mestiça, estar no regime contributivo, viver em zonas rurais e rurais dispersas, consultar médico generalista, ter sido hospitalizado nos últimos seis meses e ter DM e HAS associaram-se a maior probabilidade de ter incorrido em despesas do próprio bolso. Em contraste, idade  $\geq 50$  anos, escolaridade secundária, técnica e universitária e uso do serviço de emergência nos últimos seis meses associaram-se a menor probabilidade de incorrer nessas despesas.

**Palavras-chave:** gastos em saúde, estudos transversais, acesso efetivo aos serviços de saúde, barreiras de acesso aos serviços de saúde, assistência à saúde.

## Introducción

Los gastos de bolsillo en atención de salud representan una preocupación significativa para individuos y familias en todo el mundo. En el departamento del Putumayo, como en muchas regiones de Colombia y del mundo, los gastos de bolsillo en salud representan una carga significativa para las familias y comunidades (1). Estos gastos, incluyen los pagos directos que los pacientes realizan al recibir servicios de salud, que no están cubiertos por seguros o programas de salud gubernamentales (2). Entre los más frecuentes, se han descrito las consultas médicas, medicamentos, procedimientos y tratamientos, pruebas diagnósticas, transporte y alojamiento derivados de la posibilidad de recibir atención en salud, así como la compra de equipos o dispositivos médicos (2).

Los gastos generados impactan principalmente en el ámbito económico, ya que obligan a las familias de los pacientes a asumir costos no cubiertos por el sistema de salud. Esta situación se agrava considerando que, en su mayoría, se trata de usuarios pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, con ingresos limitados (3). Esto contribuye, a su vez, a un aumento de la pobreza, pues estos gastos pueden derivar en un endeudamiento que asumen los usuarios para cubrir el déficit monetario luego de una enfermedad que generalmente es de tipo crónico no trasmisible (4).

Por otra parte, están los impactos de tipo social. Dentro de estos se encuentra el acceso desigual a la salud, dado que las personas con menores recursos económicos pueden estar en desventaja para obtener atención en salud, recibir diagnósticos y tratamientos más oportunos. Todo lo cual desmejora la calidad de la atención recibida (5). Igualmente, pueden derivarse impactos directos en la salud de la población, como el empeoramiento de las condiciones físicas, la aparición de complicaciones, el desarrollo de enfermedades crónicas o incluso el aumento de la mortalidad (6-8).

La comprensión de los factores subyacentes a los gastos de bolsillo en salud es crucial para el diseño e implementación de políticas y programas efectivos que promuevan la cobertura universal del servicio y mitiguen las barreras económicas que enfrentan las poblaciones vulnerables (9).

En el sistema de salud colombiano, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), también conocidas como Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficios (EAPB), son las encargadas de afiliar a los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y garantizar la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Estas entidades operan bajo dos regímenes: el régimen contributivo (RC), que agrupa a las personas con capacidad de pago (trabajadores formales e independientes), y el régimen subsidiado (RS), dirigido a la población sin capacidad económica, financiado principalmente por el Estado. Ambos regímenes tienen derecho a una cobertura en salud, sin embargo, persisten brechas en el acceso efectivo a servicios, tratamientos y medicamentos, lo que puede generar cargas económicas adicionales para los usuarios (10).

Algunas de las barreras corresponden a la cobertura del sistema de seguridad social en salud por parte de las EAPB, que excluye ciertos tratamientos o medicamentos. También inciden el incremento de pagos directos por parte de los asegurados, deducibles, copagos y cuotas moderadoras, así como los precios altos de los medicamentos por tratamientos especializados o de larga duración. A ello se suman factores relacionados con las políticas de salud pública, como la exclusión de ciertos programas y procedimientos médicos, cuyos costos pueden variar según la complejidad, la tecnología utilizada o la disponibilidad y accesibilidad a la red de atención en salud (8). Asimismo, se han identificado condiciones como padecer una enfermedad catastrófica como cáncer o enfermedad renal en tratamiento de diálisis, o tener un miembro del hogar con 60 a 65 años o más. (11).

En algunos estudios se han descrito factores asociados a los gastos de bolsillo dependientes de las características del paciente como lo encontrado por Yuan y colaboradores en 2021. En un metaanálisis realizado en China con 47 estudios se encontró una incidencia agrupada de gastos sanitarios del 23,3 % (IC del 95 %: 21,1 a 25,6 %) y las zonas rurales se asociaron con un mayor gasto (12). En la misma línea, Hedayati y colaboradores en 2023, en un metaanálisis con 112 estudios, reportaron una incidencia media del gasto sanitario catastrófico del 3,19 % en el umbral del 40 %. Los factores que más influyeron en la tasa del gasto sanitario fueron la situación económica del hogar, el lugar de residencia, la situación del seguro médico, el tamaño del hogar, el sexo de la cabeza de familia, el nivel educativo y la situación laboral. También se asociaron factores como: tener un miembro del hogar menor de 5 años/mayor de 60, con enfermedades crónicas (en particular cáncer y diálisis), la discapacidad, el uso de servicios hospitalarios y ambulatorios y de odontología, medicamentos y equipos, y la baja cobertura del seguro (13).

El departamento del Putumayo se encuentra ubicado en el sur de Colombia, en la región amazónica, y limita con Ecuador y Perú. Tiene una extensión territorial de aproximadamente 24.885 km<sup>2</sup> y una población estimada de más de 350.000 habitantes, caracterizada por su diversidad étnica y cultural, con presencia de comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinas. Putumayo presenta condiciones geográficas que dificultan la conectividad entre sus municipios, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso, lo cual representa un desafío estructural para la prestación de servicios de salud. Además, históricamente ha enfrentado problemáticas sociales asociadas a la violencia, el desplazamiento forzado y la pobreza, factores que inciden en el acceso efectivo a servicios básicos como la salud (14).

De acuerdo con lo anteriormente descrito, es crucial implementar políticas efectivas y estrategias multidimensionales para reducir estos costos y asegurar que todas las personas tengan acceso a una atención de salud asequible y de calidad. Es por ello por lo que el presente artículo aborda de manera integral la naturaleza de los gastos de bolsillo en salud, así como las barreras de acceso y los factores asociados a su ocurrencia en el departamento del Putumayo. En este contexto, resulta fundamental avanzar hacia la formulación de políticas públicas efectivas y estrategias multidimensionales que contribuyan a reducir estos costos, garantizando así el acceso equitativo

a una atención en salud asequible y de calidad. Como primer acercamiento a esta problemática, este estudio tiene como objetivo analizar las principales barreras y los factores asociados a la incurrencia de gastos de bolsillo relacionados con servicios de atención en salud de primer y segundo nivel, mediante un análisis exhaustivo de variables clínicas, territoriales y del acceso a los servicios que inciden en la necesidad de recurrir a pagos directos por parte de los usuarios.

## Metodología

El estudio tuvo un diseño de corte transversal analítico y se realizó en el departamento del Putumayo durante los años 2023 y 2024. La población de estudio estuvo conformada por personas mayores de 18 años pertenecientes al escenario comunitario o que acudieron a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en los diez municipios del departamento (material suplementario, tabla A). El universo correspondió a 190 225 usuarios mayores de edad residentes en el Putumayo. La muestra estuvo compuesta por 864 registros de personas de la comunidad o que acudieron a servicios de atención en los municipios incluidos (material suplementario, tabla A). Se aplicó un muestreo no probabilístico, en el cual se incluyó la totalidad de pacientes a nivel comunitario que solicitaron servicios en las IPS de los diez municipios. Se incluyeron los usuarios mayores de 18 años que acudieron al hospital local de su municipio, y se excluyeron aquellos que, por condiciones físicas o neurológicas, no pudieron responder el formulario utilizado para la medición de los gastos de bolsillo.

**Tabla A.** Registros por municipios participantes en la encuesta de gastos de bolsillo

Municipio	n	%
Valle del Guamuez	301	35,66
Puerto Asís	135	16,00
San Miguel	83	9,83
Puerto Caicedo	65	7,70
Orito	52	6,16
No se identifica	52	6,16
Puerto Guzmán	49	5,81
Villa Garzón	39	4,62
Leguizamo	35	4,15
Null	29	3,44
Mocoa	3	0,36
Santiago	1	0,12
Total	844	100,00

Fuente: elaboración propia.

### *Procedimientos*

Se entrevistó a los pacientes para que reportarán el gasto de bolsillo y los factores asociados a la atención médica durante el año 2023 y 2024. La información fue recolectada por profesionales del área de la salud (auxiliares y jefes de enfermería), trabajadores sociales, antropólogos y psicólogos, previa estandarización por parte de los investigadores principales. Las estrategias empleadas para la aplicación del cuestionario fueron dos. La primera consistió en la impresión del documento en físico y su posterior diligenciamiento en las zonas de difícil acceso. La segunda consistió en aplicarlo directamente desde el formulario en la aplicación de Kobotoolbox (15), una aplicación que puede utilizarse *offline* a través de los teléfonos de los encuestadores. El instrumento del estudio consta de cinco módulos: identificación del hogar, perfil sociodemográfico, acceso a servicios preventivo por grupos etarios y sexo, acceso a servicios curativos o de rehabilitación y gasto de bolsillo en acceso. Dicho instrumento fue creado y validado por Arrivillaga y colaboradores en el 2016 (16), quien autorizó el uso del instrumento.

### *Variables*

#### *Variables dependientes*

**Gastos de bolsillo:** incluye atención en salud (consulta externa, urgencias u hospitalización), medicamentos, exámenes y procedimientos, lentes, audífonos o aparatos ortopédicos, gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación, otros gastos. Así como, la incurencia o no en gastos de bolsillo.

**Gasto de bolsillo en acceso:** tiene en cuenta si durante la última atención en salud se pagaron cuotas moderadoras y/o copagos, cuál fue su valor en pesos, cuál fue el pago en total por medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados o no entregados por la empresa prestadora de servicios de salud, valor en pesos colombianos que se pagó por el medicamento, valor que se pagó por dispositivos, pago total en gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación, valor que se pagó por viáticos, pago por estos y otros gastos.

#### *Variables independientes*

**Perfil sociodemográfico:** incluye sexo, edad, etnia, nivel de educación, estado civil, situación laboral u ocupacional, EPS, régimen de salud, ingreso mensual, estrato socioeconómico, pertenencia de la vivienda y ubicación de la vivienda.

**Acceso a servicios preventivos:** indica si los consultó en el último año.

**Acceso a servicios curativos o de rehabilitación:** indica si en los últimos seis meses, acudió al servicio de urgencias, consultado a médico general y hospitalización.

#### *Plan de análisis estadístico*

La base de datos alojada en la aplicación de Kobotools (15) fue exportada en un formato XLS de Microsoft Excel y posteriormente fue importada a Stata 14.0, donde se llevó a cabo el análisis de la información.

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis y bivariado de la información de las variables sociodemográficas, atención básica y barreras de acceso al servicio, gastos de bolsillo y variables clínicas autoreportadas por el paciente. Las variables cualitativas fueron descritas como frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables continuas fueron descritas como medianas acompañadas del primer y tercer cuartil, dado que no presentaron una distribución normal según las pruebas de Shapiro Wilk y Sktest, así como inspecciones gráficas como histogramas y gráfico Q-Q. Todo este análisis fue realizado estratificado según el régimen de afiliación al sistema de salud. Las variables continuas fueron comparadas empleando una prueba

U de Mann-Whitney, mientras que las variables nominales comparadas con una prueba Ji-cuadrado de Pearson. Los gastos de bolsillo totales fueron descritos también por municipios.

En segundo lugar, se realizó un análisis multivariado de regresión logística empleando como desenlace la incurencia o no en gastos de bolsillo, como posibles variables explicativas se usaron las características sociodemográficas y clínicas de la población, según los pasos de Hosmer y Lemeshow (17). Se realizó un ajuste de edad y sexo de la población. Se realizó un diagnóstico y evaluación del modelo, así como una valoración de los valores influyentes y se informaron los OR ajustados acompañados por los intervalos de confianza del 95 %. Todas las pruebas estadísticas fueron realizadas a dos colas y se consideró como significativo un valor  $p<0,05$ .

### *Consideraciones éticas*

Este artículo es derivado del proyecto “Desarrollo y transferencia tecnológica de plataforma de telesalud y laboratorios digitales portátiles en el departamento de Putumayo Código BPIN: 2021000100216”, y fue aprobado por el comité de ética en investigación de la Universidad Cooperativa de Colombia, bajo el acta Número 6 del día 22/06/2023. Se contó con el correspondiente consentimiento informado digital de cada uno de los pacientes. Adicionalmente, el estudio fue realizado con las normas nacionales como la Resolución 8430 del 1993 que considera fue una investigación de bajo riesgo (18) y la Ley 1581 del 2012 de protección de datos personales e internacionales para la investigación en seres humanos (19) y los principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia (20).

## **Resultados**

Tras eliminar registros duplicados, quedaron 784 registros únicos. Se observa en general que la mediana de edad de la población fue 43 [RIC:30-61] años y la mayoría eran mujeres con 71,1 % (n = 553). Así mismo, el 37,9 % (n = 295) solo tenía educación primaria, el 63,4 % (n = 496) era casado/ unión libre, el 92,6 % (n = 723) pertenecía al estrato uno y el 32,3 % (253) era trabajador sin remuneración (amas de casa, cuidadores, voluntarios) (Tabla 1).

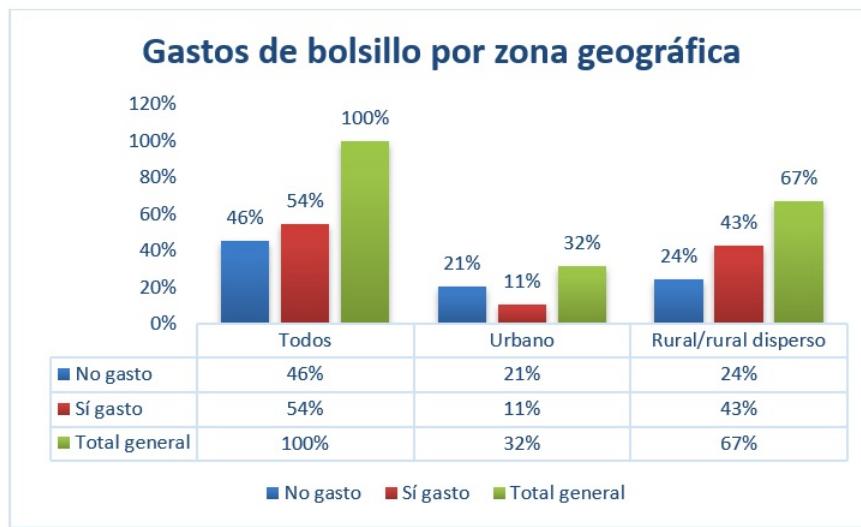
**Tabla 1. Caracterización de la población de estudio**

Variable	Toda la muestra	Subsidiado	Contributivo/ Especial	Valor p
<b>Edad, en años</b>	43 [30-61]	46 [31-64]	35.5[29.5-46]	0.001*
<b>Sexo</b>				
Mujer	71.08 (553)	73.02 (471)	61.65 (82)	0.008†
Hombre	28.92 (225)	26.98 (174)	38.35 (51)	
<b>Raza</b>				
Indígena	18.33 (143)	19.25 (124)	13.74 (18)	
Raizal del archipiélago	1.92 (15)	2.33(15)	0.00 (0.0)	
Negro, Mulato, Afrocolombiano, Afroamericanos	4.74 (37)	32 (4.97)	35 (3.82)	0.166†
Gitano (ROM)	1(0.13)	1 (0.16)	0.0(0.0)	
Palenquero de San Basilio	0.64(5)	0.78 (5)	0.00 (0)	
Ninguno (Mestizo)	74.23 (579)	72.52(467)	82.44 (108)	
<b>Nivel de educación alcanzado</b>				
Educación Primaria	37.92 (295)	43.75 (280)	8.27 (11)	
Educación Secundaria	34.58 (269)	37.50 (240)	21.80 (29)	
Formación Técnica o Tecnológica	10.54 (82)	7.34 (47)	26.32 (35)	<0.001†
Educación Universitaria	9.38 (73)	2.97 (19)	40.60 (54)	
Ninguno	3.34 (26)	4.06 (26)	0.0 (0)	
NS/NR	4.24 (33)	4.38 (28)	3.01 (4)	
<b>Estado civil actual</b>				
Casado/ Unión Libre	63.43 (496)	64.60 (416)	57.89 (77)	0.001†
Separado/Viudo	11.00 (86)	11.96 (77)	6.77 (9)	
Soltero	19.44 (152)	17.08 (110)	31.58 (42)	
No responde	6.14 (48)	6.37 (41)	3.76 (5)	
<b>Ocupación</b>				
Obrero o empleado	14.07 (110)	5.12 (33)	57.58 (76)	
Trabajador informal	19.05 (149)	21.86 (141)	5.30 (7)	

Trabajador sin remuneración (amas de casa, cuidadores, voluntarios)	32.35 (253)	38.60 (249)	3.03 (4)	<0.001 <sup>‡</sup>
Pensionados	0.77 (6)	0.0 (0)	4.55 (6)	
Propietario de negocio o empresa	0.38(3)	0.31 (2)	0.76 (1)	
Trabajador independiente	18.67 (146)	17.83 (115)	23.48 (31)	
Desempleado	6.65 (52)	7.29 (47)	2.27 (3)	
Otro	3.58 (28)	4.19 (27)	0.76 (1)	
NS/NR	4.48 (35)	4.81 (31)	2.27 (3)	
<b>Ingreso mensual del hogar</b>				
Menos de 1 SMMLV	98.46 (769)	100.0 (645)	90.91 (120)	
Entre 3.6 y 6 SMMLV	1.54 (12)	0.0 (0)	9.09 (12)	<0.001 <sup>‡</sup>
<b>Estrato socioeconómico de la vivienda</b>				
Estrato 1	92.57 (723)	94.71 (609)	81.95 (109)	
Estrato 2	7.04 (55)	5.29 (34)	15.79 (21)	<0.001 <sup>‡</sup>
Estrato 3	0.13 (1)	0.00 (0)	0.75 (1)	
Estrato 4	0.26 (2)	0.0 (0)	1.50 (2)	
<b>Vivienda que ocupa</b>				
Propia (pagada o pagando)	40.80 (315)	42.77 (272)	31.82 (42)	
Arriendo	26.68 (206)	23.58 (150)	40.91 (54)	0.001 <sup>‡</sup>
Familiar	31.35 (242)	32.39 (206)	26.52 (35)	
NS/NR	1.17 (9)	1.26 (8)	0.76 (1)	
<b>Zona de ubicación de la vivienda</b>				
Cabecera municipal (urbano)	32.00 (248)	26.41(169)	58.78 (77)	<0.001 <sup>‡</sup>
Resto (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío)	28.90 (224)	32.03 (205)	14.50 (19)	
Resto (rural disperso)	39.10 (303)	41.56 (266)	26.72 (35)	

Fuente: elaboración propia; ¥ Prueba U de Mann-Whitney; ‡ prueba ji-cuadrado de Pearson.

Del total de pacientes participantes, el 54,3 % (n = 426) reportó haber incurrido en algún gasto de bolsillo, mientras que el 45,7 % restante (n = 358) no lo hizo (Figura 1). En la tabla 2, se observa que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los regímenes con la percepción de la calidad del servicio de urgencias ( $p = 0.024$ ), las fuentes que utilizaron para cubrir los costos de atención en urgencias ( $p = 0.001$ ), las fuentes que utilizaron para cubrir los costos de la consulta médica general ( $p = 0.001$ ) y las fuentes que se usaron para cubrir los costos de la hospitalización ( $p < 0.001$ ).



**Figura 1. Gastos de bolsillo por zona geográfica de residencia**

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 2. Atención básica y barreras de acceso al servicio**

Variable	Todos %(n)	Subsidiado %(n)	Contributivo %(n)	Valor P
<b>Usted utiliza más de un medio de transporte para acudir a una cita de atención básica</b>				
No	35.34 (41)	33.33 (32)	45.00 (9)	0.321
Sí	64.66 (75)	66.67 (64)	55.00 (11)	
<b>Tiempo llega al lugar de la atención en salud</b>				
Menos de 1 hora	68.64 (81)	65.98 (64)	80.95 (17)	0.391
De 1 a 4 horas	30.51 (36)	32.99 (32)	11.11 (4)	
De 5 a 8 horas	0.85 (1)	1.03 (1)	0.0 (0)	
<b>En los últimos 6 meses, acudió al servicio de urgencias</b>				
No	1.66 (12)	1.51 (9)	2.44 (3)	
NS/NR	1.66 (12)	(507)	(96)	0.167‡
Sí	14.48 (105)	(81)	(24)	
<b>Tiempo transcurrido entre el momento de llegar al servicio de urgencias y la consulta médica</b>				
14 horas	0.93 (1)	1.20 (1)	0.0 (0)	
En máximo 30 minutos	72.22 (78)	73.49 (61)	68.00 (17)	
Entre 31 minutos y una hora	11.11 (12)	8.43 (7)	20.00 (5)	0.480‡
Entre una y dos horas	12.96 (14)	14.46 (12)	8.00 (2)	
NS/NR	2.78 (3)	2.41 (2)	4.00 (1)	
<b>Durante su estancia le brindaron la atención necesaria para su problema de salud</b>				
No	16.67 (19)	17.05 (15)	15.38 (4)	
NS/NR	5.26 (6)	4.55 (4)	7.69 (2)	0.812‡
Sí	78.07 (89)	78.41 (69)	76.92 (20)	
<b>En general considera que la calidad del servicio de urgencias fue</b>				

Barreras de acceso y factores asociados a la incurrencia de gastos de bolsillo en el departamento del Putumayo. Un estudio analítico

Muy Buena	13.59 (14)	8.75 (7)	30.43 (7)	
Buena	71.84 (74)	76.25 (61)	56.52 (13)	0.024†
Mala	12.62 (13)	13.75 (11)	8.70 (2)	
Muy mala	0.97 (1)	0.00 (0)	4.35 (1)	
NS/NR	0.97 (1)	1.25 (1)	0.00 (0)	
<b>Fuentes utilizó para cubrir los costos de atención en urgencias</b>				
EPS contributivo	17.14(18)	0.00 (0)	78.26 (18)	
EPS contributivo 8. Recursos propios y/o familiares	1.90 (2)	0.00 (0)	8.70 (2)	
EPS subsidiado	63.81 (67)	81.71 (67)	0.00 (0)	0.001†
EPS subsidiado 3. EPS Régimen especial	0.95 (1)	1.22 (1)	0.0 (0)	
EPS subsidiado 8. Recursos propios y/o familiares	7.62 (8)	9.76 (8)	0.0 (0)	
EPS subsidiado 9. Otros. ¿Cuál?	0.95 (1)	1.22 (1)	0.0 (0)	
EPS Régimen especial	0.95 (1)	0.0 (0)	4.35 (1)	
Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	3.81 (4)	3.66 (3)	4.35 (1)	
Recursos propios y/o familiares	2.86 (3)	2.44 (2)	4.35 (1)	
<b>En los últimos 6 meses usted, cuando ha tenido algún problema de salud, ha consultado a médico general</b>				
Si	53.90 (366)	53.96 (300)	52.10 (62)	
No	26.95 (183)	26.26 (146)	31.09 (37)	0.523†
No han tenido algún problema de salud	16.94 (115)	17.27 (96)	15.97 (19)	
NS/NR	2.21 (15)	2.52 (14)	0.84 (1)	
<b>Tiempo transcurrido entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general</b>				
No aplica porque no ha sido atendido	15.22 (7)	18.75 (6)	7.14 (1)	
El mismo día	23.91 (11)	28.13 (9)	14.29 (2)	
Menos de 1 semana	45.65 (21)	40.63 (13)	57.14 (8)	0.339†
De 2 a 4 semanas	13.04 (6)	12.50 (4)	14.29 (2)	
De 4 a 6 meses	2.17 (1)	0.00 (0)	7.14 (1)	

<b>El médico general le brindó la atención necesaria para su problema de salud</b>				
NO	16.67 (7)	21.43(6)	7.14 (1)	
NS/NR	2.38 (1)	3.57(1)	0.00 (0)	0.366‡
Si	80.95 (34)	75.00 (21)	92.86 (13)	
<b>Luego de la consulta médica general tuvo alguno de los siguientes problemas para el tratamiento (puede marcar varias opciones)</b>				
No tuvo problemas para el tratamiento	55.26 (21)	56.00 (14)	53.85 (7)	
No tuvo problemas para el tratamiento: falta de dinero para pagar copagos de medicamentos, exámenes y procedimientos, trámites excesivos para gestionar medicamentos, exámenes o procedimientos no POS	2.63 (1)	4.00 (1)	0.00 (0)	
No tuvo problemas para el tratamiento: Falta de tiempo	5.26 (2)	4.00 (1)	7.69 (1)	
La EPS no le autorizó medicamentos, exámenes o procedimientos	10.53 (4)	12.00 (3)	7.69 (1)	
Falta de dinero para pagar copagos de medicamentos, exámenes y procedimientos, la EPS no le autorizó medicamentos, exámenes o procedimientos	2.63 (1)	0.0 (0)	7.69 (1)	0.776‡
Trámites excesivos para gestionar medicamentos, exámenes o procedimientos no POS	13.16 (5)	12.00 (3)	15.38 (2)	
Trámites excesivos para gestionar medicamentos, exámenes o procedimientos no POS, falta de tiempo	2.63 (1)	0.0 (0)	7.69 (1)	
Falta de tiempo	2.63 (1)	4.00 (1)	0.0 (0)	
Otras. ¿Cuál?	5.26 (2)	8.00 (2)	0.0 (0)	
<b>Fuentes que utilizó para cubrir los costos de la consulta médica general</b>				
EPS contributivo	23.08(9)	4.00 (1)	57.14 (8)	
EPS subsidiado	61.54 (24)	92.00 (23)	7.14 (1)	<0.001‡
Recursos propios y/o familiares	15.38 (6)	4.00 (5)	35.71 (1)	

Barreras de acceso y factores asociados a la incurrencia de gastos de bolsillo en el departamento del Putumayo. Un estudio analítico

<b>Remitido a especialista por el médico general</b>				
NO	56.82(25)	60.00 (18)	50.00 (7)	
NS/NR	2.27 (1)	3.33 (1)	0.00 (0)	0.489‡
Sí	40.91 (18)	40.00 (12)	57.14 (8)	
<b>Tiempo transcurrido entre el momento de la solicitud de la cita con especialista y la autorización a la EPS</b>				
No aplica porque no ha sido atendido	18.18 (4)	21.43 (3)	12.50 (1)	
El mismo día	9.09 (2)	7.14 (1)	12.50 (1)	0.938‡
Menos de 1 semana	22.73 (5)	21.43 (3)	25.00 (2)	
De 2 a 4 semanas	50.00 (11)	50.00 (7)	50.00 (4)	
<b>Tiempo transcurrido entre la autorización a la EPS y la consulta con el especialista</b>				
No aplica	14.29(3)	21.43 (3)	0.0 (0)	
El mismo día	14.29 (3)	7.14 (1)	28.57 (2)	0.343‡
Menos de 1 semana	23.81 (5)	28.57 (4)	14.29 (1)	
De 2 a 4 semanas	42.86 (9)	42.86 (6)	42.86(3)	
Más de 1 mes	4.76 (1)	0.00 (0)	14.29 (1)	
<b>El médico especialista le brindó la atención necesaria para su problema de salud</b>				
No	9.52 (2)	14.29 (2)	0.00 (0)	
Sí	90.48 (19)	85.71 (12)	100.00 (7)	0.293‡
<b>Estos medicamentos le fueron entregados por cuenta de la institución a la cual está afiliado</b>				
Sí, todos	57.14(16)	50.00 (8)	66.67 (8)	
Sí, algunos	14.29 (4)	12.50 (2)	16.67 (2)	0.544‡
No	21.43 (6)	25.00 (4)	16.67 (2)	
NS/NR	7.14 (2)	12.50 (2)	0.00 (0)	
<b>Calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general o medicina especializada)</b>				

Muy Buena	22.58 (7)	16.67 (3)	30.77 (4)	
Buena	54.84 (17)	61.11 (11)	46.15 (6)	0.468 <sup>I</sup>
Mala	19.35 (6)	22.22 (4)	15.38 (2)	
Muy mala	3.23 (1)	0.0 (0)	7.69 (1)	
<b>Principal razón por la que no consultó al médico general</b>				
Muchos trámites para la cita	50.00(9)	63.64 (7)	28.57 (2)	
El centro de atención queda lejos	11.11 (2)	9.09 (1)	14.29 (1)	
Falta de dinero para pagar el transporte y/o los copagos	5.56 (1)	9.09 (1)	0.0 (0)	0.220 <sup>I</sup>
Cita distanciada en el tiempo	11.11 (2)	0.0 (0)	28.57 (2)	
Falta de tiempo	16.67 (3)	9.09 (1)	28.57 (2)	
Otro. ¿Cuál?	5.56 (1)	1 (9.09)	0.0 (0)	
<b>Si no consultó, ¿de qué manera resolvió su situación de salud.</b>				
Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista	16.67 (4)	26.67 (4)	0.0 (0)	
Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona	8.33 (2)	6.67 (1)	11.11 (1)	
Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.)	12.50 (3)	20.00 (3)	0.0 (0)	
Usó remedios caseros	12.50 (3)	13.33 (2)	11.11 (1)	
Se auto-recetó	12.50 (3)	13.33 (2)	11.11 (1)	0.204 <sup>I</sup>
Consultó a médico particular	20.83 (5)	6.67 (1)	44.44 (4)	
No hizo nada	16.67 (4)	13.33 (2)	22.22 (2)	
<b>En los últimos seis meses, ¿usted ha tenido alguna hospitalización?</b>				
No	91.60 (611)	91.93 (501)	89.74 (105)	
NS/NR	1.65 (11)	1.83 (10)	0.85 (1)	0.363 <sup>I</sup>
Sí	6.75 (45)	6.24 (34)	9.40 (11)	
<b>La hospitalización fue</b>				
Por urgencias	91.84 (45)	92.11(35)	90.91 (10)	0.898 <sup>I</sup>
Programada	8.16 (4)	7.89 (3)	9.09 (1)	

<b>Tiempo transcurrido en urgencias entre la orden de hospitalización y el traslado a la cama asignada</b>				
Lo trasladaron inmediatamente	47.92 (23)	50.00 (19)	40.00 (4)	
El mismo día	37.50 (18)	34.21 (13)	50.00 (5)	0.797 <sup>¶</sup>
Entre 2 y 3 días	12.50 (6)	13.16 (5)	10.00 (1)	
6 horas	2.08 (1)	2.63 (1)	0.0 (0)	
<b>Durante la hospitalización usted considera que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud</b>				
No	10.20 (5)	7.69 (3)	20.00(2)	
NS/NR	2.04 (1)	2.56 (1)	0.0 (0)	
Sí	87.76 (43)	89.74 (35)	80.00 (8)	
No				
<b>En general, considera que la calidad de la hospitalización fue</b>				
Muy Buena	16.67 (8)	13.16 (5)	30.00 (3)	
Buena	77.08 (37)	84.21 (32)	50.00 (5)	0.041 <sup>¶</sup>
Mala	6.25(3)	2.63 (1)	20.00 (2)	
<b>Fuentes utilizó para cubrir los costos de la hospitalización (Puede marcar varias opciones)</b>				
EPS contributivo	10.00 (5)	0.0 (0)	50.00 (5)	
EPS subsidiado	74.00 (37)	90.00 (36)	10.00 (1)	<0.001 <sup>¶</sup>
EPS Régimen especial	2.00 (1)	0.0 (0)	10.00 (1)	
Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	8.00 (4)	5.00 (2)	20.00 (2)	
Recursos propios y/o familiares	6.00 (3)	5.00 (2)	10.00 (1)	

**Fuente:** elaboración propia; <sup>¶</sup>Prueba exacta de Fischer o <sup>¶</sup> Prueba de Ji Cuadrado de Pearson.

En relación con la naturaleza de los gastos de bolsillo, se encontró que la mediana del valor pagado en pesos colombianos (COP) por cuotas moderadoras entre los 54 pacientes que reportaron dicho pago fue de 4500 [Q1: 4100 - Q3: 5000], con diferencias por régimen: 25 000 para el subsidiado versus 4350 para el contributivo,  $p = 0.007$ . Asimismo, entre los 80 participantes que declararon haber realizado algún pago, las principales barreras estuvieron relacionadas con la compra de medicamentos no entregados o no autorizados. El costo reportado presentó una mediana general de 30 000, [Q1: 4100 - Q3: 89 000], siendo mayor en el régimen subsidiado: 80 000 versus el contributivo: 4100,  $p < 0.001$ ; el gasto por dispositivos médicos como lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, etc.) fue de 235 000 [Q1: 100.000 - Q3: 500 000] en general, siendo 300 000 para subsidiado y 220 000 para el contributivo,  $p = 0.973$ ; así mismo, 100 000 [Q1: 25 000 - Q3: 150 000] para los gastos de transporte alojamiento y alimentación, en el subsidiado 100 000 versus 20 000 contributivo,

p = 0.003; y 50 000 [Q1: 20 000 - Q3: 70 000] para otros gastos ( 50 000 versus 20 000, p = 0.366) (Tabla 3).

La mediana del gasto de bolsillo fue mayor para el municipio del Valle del Guamuez con 150 000 [Q1: 30 000 - Q3: 250 000], mientras que el menor fue reportado en Villa Garzón con 20 000 [10 000 - 110 000] pesos colombianos (material suplementario, tabla B). Finalmente, la mediana global del gasto de bolsillo fue 100 000 [Q1: 20 000 - Q3: 210 000] pesos colombianos (Tabla 3).

**Tabla B. Mediana del gasto de bolsillo por municipios del departamento del putumayo, n = 399**

Municipio	n	Mediana [Q1-Q3]
Valle del Guamuez	149	150.000 [30000-250000]
San Miguel	36	120.000 [45000-221600]
Leguizamo	18	102.050 [20000-255000]
Total	37	100.000 [20000-207600]
Puerto Caicedo	24	86.000 [18200-300000]
Orito	24	65.000 [18850-175000]
No se identifica	66	50.000 [17500-166500]
Puerto Asís	28	40.000 [20000-150000]
Puerto Guzmán	17	40.000 [30000-55000]
Villa garzón	149	20.000 [10000-110000]

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 3. Gastos de bolsillo relacionados con la última atención en salud**

Variables	Todos % (n) o Mediana [Q1-Q3]	Subsidiado % (n) o Mediana [Q1-Q3]	Contributivo % (n) o Mediana [Q1-Q3]	Valor p
<b>La última atención en salud de usted fue:</b>				
Consulta externa	84.99 (583)	85.37 (490)	83.18 (89)	
Hospitalización	2.92 (20)	2.96 (17)	2.80 (3)	0.925‡
Urgencias	5.54 (38)	5.40 (31)	6.54 (7)	
NS/NR	6.56 (45)	6.27 (36)	7.48 (8)	
<b>Usted pagó cuotas moderadoras y/o copagos por la última atención recibida</b>				
No	90.90 (659)	97.83 (587)	55.83 (67)	
NS/NR	1.66 (12)	1.33 (8)	3.33 (4)	<0.001‡
Sí	7.45 (54)	0.83 (5)	40.83 (49)	
<b>Valor (cantidad en pesos) \$</b>	4.500 [4.100-5.000]	25.000 [20.000-90.000]	4.350 [4.100-4.950]	0.007‡
<b>¿Cuánto pagó en total por medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados o no entregados por la EPS?</b>				
No	87.18 (605)	92.71 (534)	58.41 (66)	
NS/NR	1.30 (9)	1.04 (6)	2.65 (3)	<0.001‡
Sí	11.53 (80)	6.25 (36)	38.94 (44)	
<b>Valor (cantidad en pesos) \$</b>	30 000 [4100 – 89 000]	80 000 [30 000 - 250 000]	4100 [2800 – 22 500]	<0.001‡
<b>Pagó en total por lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, etc.)</b>				
No	96.48 (658)	97.70 (552)	90.18 (101)	
NS/NR	1.17 (8)	0.71 (4)	3.57 (4)	<0.001‡
Sí	2.35 (16)	1.59 (9)	6.25 (7)	
<b>Valor (cantidad en pesos) \$</b>	235 000	300 000	220 000	0.973‡

	[100 000 – 500 000]	[100 000 – 500 000]	[100 000 – 700 000]	
<b>Pagó en total en gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación</b>				
No	44.85 (305)	42.50(241)	54.63 (59)	
NS/NR	0.74 (5)	0.53 (3)	1.85 (2)	0.017 <sup>¥</sup>
Sí	54.41 (370)	56.97 (323)	43.52 (47)	
<b>Valor (cantidad en pesos) \$</b>	100 000 [25 000 – 150 000]	100 000 [30 000 - 150.000]	20 000 [10 000 – 100 000]	0.003 <sup>‡</sup>
<b>Otros gastos. ¿Cuál?</b>				
Aseo y ropa	24.86 (43)	26.22 (43)	0.0 (0)	
Ayudas diagnosticas de Control	0.58 (1)	0.61 (1)	0.0 (0)	
Fito terapéuticos	1.16 (2)	1.22 (2)	0.0 (0)	
Fotocopias	22.54 (39)	20.73 (34)	55.56 (5)	0.001 <sup>¥</sup>
Medicamentos	0.58 (1)	0.0 (0)	11.11 (1)	
Productos de aseo	50.29 (87)	51.22 (84)	33.33 (3)	
<b>Pago por estos gastos</b>				
No	65.49(351)	61.78 (278)	84.15 (69)	
NS/NR	1.12 (6)	0.89 (4)	2.44 (2)	0.001 <sup>¥</sup>
Sí	33.40 (179)	37.33 (168)	13.41(11)	
<b>Valor (cantidad en pesos) \$</b>	50 000 [20 000 – 70 000]	50 000 [20 000 – 70 000]	20 000 [10 000 – 50 000]	0.366 <sup>‡</sup>
<b>Valor global del gasto de bolsillo (cantidad en pesos) \$</b>	100 000 [20 000 – 210 000]	120 000 [30 000 – 230 000]	22 500 [14 100 – 114 100]	0.001 <sup>‡</sup>

**Fuente:** elaboración propia; <sup>¥</sup>Prueba de Ji Cuadrado de Pearson;  
<sup>‡</sup> Prueba de la U de Mann-Whitney; \$ pesos colombianos a 2024.

En relación con las características clínicas, se observan diferencias en las proporciones de pacientes diabéticos registrados según el régimen de afiliación (subsidiado: 8,9 % versus 1,6 % contributivo,  $p = 0.005$ ), las proporciones de tratamiento ( $p = 0.042$ ), diagnóstico hipertensión arterial ( $p = 0.004$ ) y las proporciones de toma de medicamentos para la HTA ( $p = 0.001$ ) (material suplementario, tabla C).

**Tabla C. Variables clínicas autorreportadas por el paciente**

Variable	Todos	Subsidiado	Contributivo	Valor p
IMC, Kg/M <sup>2</sup>	25.96 [23.46- 29.44]	25.80 [23.29- 29.63]	26.30 [23.85- 29.37]	0.571
<b>De acuerdo a sus antecedentes personales relacionados con tabaquismo, en cuál de las siguientes categorías se siente identificado</b>				
Exfumador	3.01(23)	2.70 (17)	4.62 (6)	
Fumador activo	1.97 (15)	1.91 (12)	2.31 (3)	0.485
Nunca	95.02(725)	95.39 (600)	93.08 (121)	
<b>Diagnóstico de diabetes mellitus tipo II</b>				
No	92.38 (703)	91.14 (576)	98.40 (123)	0.005
Si	7.62 (58)	8.86 (56)	1.60 (2)	
<b>Toma tratamiento actualmente para la diabetes mellitus</b>				
No	95.87 (719)	95.18 (593)	99.19 (122)	
Si	4.13 (31)	4.82 (30)	0.81 (1)	0.042
<b>Diagnóstico de hipertensión arterial</b>				
No	75.95(578)	73.93(465)	85.94 (110)	
Si	24.05(183)	26.07(164)	14.06 (18)	0.004
<b>Toma tratamiento actualmente para la hipertensión arterial</b>				
No	75.32 (473)	88.62(109)		
Si	24.68(155)	11.38 (14)		0.001

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a los factores asociados, se encontró que pertenecer a una raza diferente a la mestiza (OR: 2.29 IC 95 %: 1.30-4.03), pertenecer al régimen contributivo-especial (OR 1.89 IC 95 %: 1.02-3.51), vivir en las zonas rurales y rurales dispersas (OR 1.99 IC 95 %: 1.10-3.59), haber consultado al médico general (OR 3.95 IC 95 %: 2.34-6.66), haber estado hospitalizado en los últimos seis meses (OR 5.87 IC 95 % 1.69-20.26), tener diabetes mellitus tipo II (OR 7.15 IC 95 %: 1.48-34.82) o diagnóstico de hipertensión arterial (OR 8.44 IC 95 %: 3.92-18.17) son factores que se asociaron con mayor probabilidad de haber incurrido en gastos de bolsillo. Por el contrario, tener 50 años o más (OR: 0.22 IC 95 %; 0.11-0.44), contar con educación secundaria, tecnológica y universitaria (OR: 0.48 IC 95 %: 0.27-0.87) y haber asistido a urgencias en los últimos seis meses (OR 0.41 IC 95 %: 0.19-0.87) se asociaron con menor probabilidad de haber incurrido en gastos de bolsillo (Tabla 4).

**Tabla 4. Modelo multivariado de factores clínicos y sociodemográficos asociados a incurrir en gastos de bolsillo en pacientes del putumayo, n= 544**

Característica	OR	Intervalo de confianza 95%			
<b>Raza</b>					
Referencia: mestizo					
Otras razas: negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente, indígena, gitano y palenqueros	2.29	1.30	4.03		
<b>Sexo</b>					
Referencia: mujeres					
Hombres	0.61	0.37	1.03		
<b>Seguridad social</b>					
Referencia: régimen subsidiado					
Contributivo y regímenes especiales	1.89	1.02	3.51		
<b>Edad dicotómica</b>					
Referencia: Edad < 50 años					
Edad>=50 años	0.22	0.11	0.44		
<b>Nivel educativo</b>					
Referencia: educación primaria					
Educación secundaria, tecnológica y universitaria	0.48	0.27	0.87		
<b>Estado civil</b>					
Referencia: casado/ unión libre					
Separado/viudo	1.16	0.55	2.42		
Soltero	0.98	0.56	1.73		
<b>Zona residencia</b>					
Referencia: zona urbana					
Zona rural y rural dispersa	1.99	1.10	3.59		
<b>Uso de servicios de salud</b>					
Referencia: no consulta último año por prevención					

Al médico y al odontólogo	1.12	0.50	2.53
Solo al médico	0.67	0.36	1.29
Sólo al odontólogo	1.17	0.18	7.75
<b>Asistencia a urgencias</b>			
Referencia: no asistencia a urgencias			
Asistencia a urgencias en los últimos 6 meses	0.41	0.19	0.87
<b>Consultó al médico</b>			
Referencia: no consulta a médico general			
Consultado a médico general	3.95	2.34	6.66
<b>Hospitalización en los últimos seis meses</b>			
Referencia: no hospitalización			
Hospitalización últimos 6 meses	5.87	1.69	20.26
<b>Diagnóstico de DM tipo 2</b>			
Referencia: no diagnóstico de DM			
Diabetes mellitus tipo II	7.15	1.48	34.82
<b>Diagnóstico de HTA</b>			
Referencia: no diagnóstico de HTA			
Diagnóstico hipertensión arterial	8.44	3.92	18.17

Fuente: elaboración propia.

## Discusión

En este estudio se presentan las barreras de acceso a los servicios de salud y los factores asociados a los gastos de bolsillo en el departamento del Putumayo, Colombia, el cual se ubica en el suroeste de Colombia, en plena región amazónica y presenta una geografía compleja que dificulta significativamente el desplazamiento y la conectividad. Con vastas extensiones de selva tropical, terrenos montañosos en el piedemonte andino y una red de ríos caudalosos como el Putumayo, el Caquetá y el San Miguel, gran parte de su territorio carece de infraestructura vial adecuada. Varias comunidades solo pueden ser alcanzadas por vía fluvial o aérea, lo que limita el acceso a servicios básicos, encarece el transporte y profundiza las brechas territoriales. Esta condición geográfica, sumada a la alta pluviosidad y la fragilidad ambiental, convierte al Putumayo en una región con grandes retos logísticos y de movilidad.

En este estudio, los gastos de bolsillo se caracterizaron por una amplia variabilidad en su naturaleza y magnitud. Esto evidencia brechas en el acceso efectivo a los servicios de salud. La naturaleza de los gastos se centró en cuotas moderadoras, medicamentos no entregados o no autorizados, dispositivos médicos y costos indirectos como transporte, alojamiento y alimentación. Si bien las cuotas moderadoras representaron montos relativamente bajos, otros

rubros como los dispositivos médicos y el transporte reflejaron cargas económicas significativas para los hogares.

Se encontró que existe una diferencia importante en el valor pagado entre el contributivo y el régimen subsidiado. Los valores pagados en el régimen subsidiado son superiores, mientras que en el régimen contributivo son más cercanos al promedio general de la muestra con respecto a los componentes de pago de cuota moderadora o copago por la última atención recibida; pago por medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados o no entregados por la EPS, y pago por lentes, audífonos o aparatos ortopédicos. Estas diferencias entre valores y proporción de personas que pagan por régimen, que pueden evidenciar inequidades en contra de la población más pobre y vulnerable, que es la del régimen subsidiado, pueden explicarse por factores de ubicación geográfica o fallos en el sistema de aseguramiento del subsidiado que no se presentan en régimen contributivo (3).

Las principales barreras identificadas fueron la falta de entrega o autorización de medicamentos por parte del sistema. Esto obligó a los pacientes a asumir estos costos por su cuenta. Además, se observaron diferencias sustanciales en el gasto según el territorio, siendo Valle del Guamuez el municipio con mayor mediana de gasto, mientras que el menor se registró en Villa Garzón, lo que sugiere posibles desigualdades en la oferta de servicios o barreras geográficas.

En cuanto a los factores asociados, se evidenció que pertenecer a razas diferentes a la mestiza, estar afiliado al régimen contributivo o especial, residir en zonas rurales o rurales dispersas, consultar al médico general, haber sido hospitalizado recientemente y tener diagnóstico de diabetes mellitus tipo II o hipertensión arterial aumentaron significativamente la probabilidad de incurrir en gastos de bolsillo. Por el contrario, tener 50 años o más, un mayor nivel educativo, y haber asistido a servicios de urgencias en los últimos seis meses son factores que se asociaron con menor probabilidad de incurrir en dichos gastos. Estos hallazgos permiten comprender cómo la interacción entre determinantes individuales, sociales y del sistema de salud influye en la carga financiera que enfrentan los usuarios, especialmente en contextos vulnerables.

En América Latina se han desarrollado investigaciones sobre las barreras en el acceso a los servicios de salud. En un estudio realizado con encuestas realizadas a mujeres en países como Bolivia, Haití, Honduras, Guatemala, Guyana, Nicaragua, Perú y República Dominicana (21), los hallazgos describen que la barrera comúnmente mencionada fue la dificultad para conseguir dinero para la consulta o el tratamiento (56,7 %), seguida por la distancia al centro de salud (36,6 %), la falta de deseo de ir sola al centro de salud (29,7 %) y la dificultad para obtener permiso para ir al centro de salud (13,5 %). Estos hallazgos contrastan con los resultados del presente estudio, que permitió identificar diferencias estadísticamente significativas entre los regímenes contributivo y subsidiado en cuanto a la percepción de la calidad del servicio de urgencias, las fuentes utilizadas para cubrir los costos de atención a dicho servicio, las fuentes empleadas para costear las consultas médicas generales y las fuentes utilizadas para cubrir los

costos de hospitalización. Se observó, además, que un 64,7 % las personas debe usar más de un medio de transporte para acceder a los servicios de salud y que el 29 % de las personas demora entre una a cuatro horas en el traslado para acceder a la atención. En este sentido, el gasto de bolsillo en atención en salud por parte de los hogares continúa siendo uno de los principales problemas en el financiamiento de la salud.

Según la OMS (2019), a nivel mundial, los gobiernos solo cubren el 51 % del gasto sanitario, mientras que más del 35 % de los costos de salud son pagados directamente por los hogares, llevándolos a caer en la pobreza (22), al ser una forma desigual de financiar los servicios de salud, ya que el acceso depende de la capacidad económica de las familias en lugar de las necesidades de salud de la población (23). Lo que concuerda con este estudio, donde la mediana general del gasto alcanzado fue de 100 000 pesos (régimen subsidiado de 120 000 [30 000 – 230 000] versus 22 500 [14 100 – 114 100]), que representa alrededor del 10 % del ingreso de la mayoría de las personas entrevistadas. El 98,5 % de las personas ganaba menos de 1 SMMLV (salario mínimo legal mensual vigente) y el 82,95 % pertenecía al régimen subsidiado. Aunque algunos usuarios pagan un valor más alto en términos absolutos, lo más relevante de este hallazgo es cuánto representa ese valor en relación con el ingreso de cada persona. Para quienes tienen ingresos bajos, un mismo monto o incluso uno ligeramente superior puede significar una carga muy superior, ya que representa una proporción considerablemente mayor de su ingreso. Esto evidencia la desproporcionada situación en que se encuentran las personas con menos recursos quienes terminan sacrificando más, proporcionalmente, que quienes tienen mayores ingresos.

Sobre esta perspectiva, es importante referir que este estudio destaca que en comparación con las personas del régimen subsidiado el hecho de pertenecer al contributivo o a cualquiera de los regímenes especiales aumenta 1,89 (IC 95 %: 1.02-3.51) veces más la posibilidad de incurrir en gastos de bolsillo, aunque la cantidad gastada es mayor en este primero que en este último (régimen subsidiado de 120 000 [30 000 – 230 000] versus 22 500 [14 100 -114 100]). Esto coincide con la forma de operar en América Latina, donde la ampliación de los mecanismos de mercado en los servicios de salud llevó a que el cobro a los usuarios se estableciera como una forma de financiar los sistemas de salud, bajo la premisa de focalizar el gasto público, cobrar por los servicios a las familias con capacidad de pago y eximir o aplicar tarifas reducidas a aquellas que no podían pagarla (24).

En Colombia y en Uruguay, se ha descrito un menor gasto de bolsillo en comparación con los países de la región. Este se encuentra por debajo del promedio establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (por debajo del 20 %) (23). En el Putumayo, según nuestros hallazgos, la mediana global del gasto de bolsillo fue de aproximadamente 100 000 pesos colombianos (26 dólares), una cifra significativa si se considera que la mayoría de los participantes provenían de hogares con limitados recursos económicos y condiciones de vulnerabilidad social. Estos hallazgos son similares a los de un estudio realizado en Cartagena donde el 30,6 % de los hogares de estratos bajos experimentaron gastos de bolsillo que los empobrecen, mientras que este porcentaje disminuye en los hogares de estratos medios y altos,

reflejando claramente una desigualdad (24). En México, se han encontrado resultados similares, por ejemplo, el 53,8 % de los encuestados indicó haber realizado algún gasto de bolsillo, con un promedio de poco más de 88 dólares durante el trimestre anterior (25). Para el 4,3 % de los hogares que incurrieron en este tipo de gasto, resultó ser catastrófico (26). A su vez, en un estudio realizado en Argentina en el 80,5 % de los usuarios consultados, el gasto de bolsillo requerido osciló entre 1 dólar y 34,72 dólares, siendo el gasto más recurrente el relacionado con compra de medicamentos (27), coincide con lo descrito en Perú con un gasto de bolsillo en salud del 63,0 % del cual 39,2 % fue en medicinas (28), aumentando 1,7 veces más si se es mujer (27).

Consecuentemente, se ha observado una relación entre estas barreras económicas y las poblaciones vulnerables, como los habitantes de zonas rurales del país (29). En el contexto de la investigación presentada, el estar ubicado en una zona rural y rural dispersa aumentó la probabilidad de contraer mayores gastos de bolsillo, lo cual constituye una clara barrera de acceso efectivo al servicio de salud.

En cuanto a los gastos más altos, se encontró que el 11,5 % de las personas encuestadas incurrió en desembolsos por medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados o no entregados, con una mediana de 30,000 pesos colombianos (aproximadamente 8 dólares). En el caso de los dispositivos médicos —como lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, entre otros)—, el 2,4 % de los participantes reportó un gasto mediano de 235,000 pesos colombianos (alrededor de 61 dólares). Estos resultados confirman lo señalado por Franco y González (2021) (30), quienes identificaron que en los hogares colombianos los principales componentes del gasto de bolsillo corresponden a productos farmacéuticos, pagos adicionales a la seguridad social y dispositivos o equipos terapéuticos.

Finalmente, el estar diagnosticado con una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo II (OR 7.15 IC 95 %: 1.48-34.82) o la hipertensión arterial (OR 8.44 IC 95 %: 3.92-18.17) son factores que se asocian a una mayor posibilidad de haber incurrido en gastos de bolsillo. En este sentido, Pérez-Cuevas y Doubova (2019) (26), junto con otros autores, indican que en el 40 % de las personas con enfermedades crónicas se suman las barreras financieras y de transporte ya existentes, lo que resulta en un aumento en los gastos de bolsillo (31).

## Conclusiones

En conclusión, al menos la mitad de los habitantes del Putumayo incurren en un gasto importante de bolsillo, siendo la mediana global de 100 000 pesos colombianos (aproximadamente 26 dólares). Pertener a una raza diferente a la mestiza, al régimen contributivo y/o a regímenes especiales, residir en zonas rurales y rurales dispersas, haber consultado a médicos generales, haber sido hospitalizado en los últimos seis meses, tener diabetes mellitus tipo II o diagnóstico de hipertensión arterial son factores que se asocian con mayor posibilidad de haber incurrido en gastos de bolsillo. Por el contrario, tener 50 años o más, contar con educación secundaria,

tecnológica y universitaria así como haber asistido a urgencias en los últimos seis meses son factores que se asociaron con menor probabilidad de haber incurrido en gastos de bolsillo.

En relación con las barreras se encontró que la calidad del servicio de urgencias, las fuentes que utilizaron para cubrir los costos de atención en urgencias, las fuentes que utilizaron para cubrir los costos de la consulta médica general y las fuentes utilizadas para cubrir los costos de la hospitalización fueron diferentes según los regímenes de afiliación, lo que se podría convertir en un obstáculo para el acceso afectivo a los servicios de salud.

Los resultados del presente estudio evidencian diferencias significativas en las características clínicas y en el acceso a tratamientos según el régimen de afiliación, en detrimento de los usuarios del régimen subsidiado. Estas disparidades reflejan posibles brechas estructurales en la calidad y continuidad del cuidado, y sugieren una inequidad en el acceso efectivo a los servicios de salud entre afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

## **Limitaciones y recomendaciones**

Dentro de las fortalezas del presente estudio está el amplio tamaño de muestra empleado, así como el gran número de municipios del departamento del Putumayo que participaron en dicha encuesta (10 de los 13 existentes). Asimismo, el empleo de un instrumento previamente validado en población colombiana.

Sin embargo, este estudio puede tener algunas limitaciones. Una de ellas fue el uso de un muestreo no probabilístico de tipo censal, lo cual restringe la capacidad de generalizar los resultados a toda la población y no descarta la presencia de un sesgo de selección, también el hecho de que el cuestionario fuese dirigido por el entrevistador, lo que representa la posibilidad de un sesgo de medición. Empero, para contrarrestar este riesgo, al formulario le fueron introducidas restricciones en algunos campos de respuesta para minimizar de alguna manera dicho error. Otra limitación fue el tratar de reconstruir el gasto de bolsillo en el que incurrieron pacientes, tomando como única fuente la memoria del encuestado, lo que puede hacer que las personas que incurrieron en gastos de bolsillo elevados tiendan a recordarlo de manera más detallada en comparación con las personas que no incurrieron en ellos. En conclusión, al no llevar a cabo ninguna estrategia para minimizarlo, puede que exista presencia de sesgo de memoria diferencial.

## **Agradecimientos**

Universidad Cooperativa de Colombia y al Ministerio de Ciencia y Tecnología de Colombia (Minciencias).

## Referencias

1. Borde MT, Kabthymer RH, Shaka MF, Abate SM. The burden of household out-of-pocket healthcare expenditures in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Equity Health.* 2022;21(1):1–20.
2. Richter LE, Carlos A, Beber DM. Gastos directos de bolsillo en salud. 2021.
3. Perez-Valbuena Gerson, Silva-Ureña Alejandro. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. *Rev del Banco la Repub* [Internet]. 2015 Apr 28 [citado el 23 de junio de 2024];Número 105. <https://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/3165>
4. Iragorri N, de Oliveira C, Fitzgerald N, Essue B. The out-of-pocket cost burden of cancer care—a systematic literature review. *Curr Oncol.* 2021;28(2):1216–48.
5. Carbone AD, Wang K, Tiao J, Chu B, Poeran J, Colvin AC, Gladstone JN AS. Trends in Health Care Expenditures and Patient Out-of-Pocket Expenses in Primary Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Am J Sport Med.* 2022;50(10):2680–7.
6. Ai W, Aderemi TA, Bassey R KA. Out-of-pocket expenditure and maternal mortality nexus in China: implication for the sustainable development Goal 3. *Afr J Reprod Heal.* 2022;27(12):94–100.
7. Owusu PA, Sarkodie SA, Pedersen PA. Relationship between mortality and health care expenditure: sustainable assessment of health care system. *PLoS One.* 2021;16(2 February 2021):1–15.
8. Chovatiya R, Begolka WS, Thibau IJ, Silverberg JI. Impact and associations of atopic dermatitis out-of-pocket health care expenses in the United States. *Dermatitis.* 2022;33(6):S43–51.
9. Alves JC, Law MR, Luz TCB. Prevalence and factors associated with out-of-pocket pharmaceutical expenditure among primary healthcare patients: evidence from the prover project. *Value Heal Reg Issues.* 2022;30:83–90.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC del aseguramiento en salud. Bogotá: Minsalud. 2020.
11. Doshmangir L, Yousefi M, Hasanpoor E, Eshtiagh B, Haghparast-Bidgoli H. Determinants of catastrophic health expenditures in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Cost Eff Resour Alloc.* 2020;18:17.
12. Yuan Q, Wu Y, Li F, Yang M, Chen D, Zou K. Economic status and catastrophic health expenditures in China in the last decade of health reform: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2021 Jun;21(1):600.
13. Hedayati M, Masoudi Asl I, Maleki M, Fazaeli AA, Goharinezhad S. The variations in catastrophic and impoverishing health expenditures, and its determinants in Iran: a scoping review. *Med J Islam Repub Iran.* 2023;37:44.
14. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estimaciones y proyecciones de población 1985-2035. Total municipal por área. 2023.
15. KoboToolbox [Internet]. [citado el 26 de julio de 2024]. <https://www.kobotoolbox.org/>

16. Arrivillaga M, Aristizabal JC, Pérez M, Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit* [Internet]. 2016; 30(6):415–20. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112016000600415&lng=es&nrm=iso&tlang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000600415&lng=es&nrm=iso&tlang=es)
17. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. *Applied logistic regression: third edition*. *Appl Logist Regres* Third Ed [Internet]. 2013;1–510. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118548387>
18. Ministerio de salud de Colombia. Resolución número 8430 de 1993. Minsalud [Internet]. 2012;32(4):471–3. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RE SOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
19. Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Ley de protección de datos personales o ley 1581 de 2012 [Internet]. Protección de datos personales. 2012 <https://www.minambiente.gov.co/politica-de-proteccion-de-datos-personales/>
20. World Medical Asociation (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. World Med Assoc Inc. 2013;1–8.
21. Houghton N, Bascolo E, Jara L, Cuellar C, Coitino A, Del Riego A, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2023;46:e94. [www.paho.org/journal %7Chttps://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94](http://www.paho.org/journal %7Chttps://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94)
22. García L, Rojas C. Determinantes del gasto de bolsillo en salud en el Perú. 2021 [citado el 23 de junio de 2024]. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/179529>
23. López-Mallama O, Almeida-Espinosa A, Salazar-Villegas B. Una aproximación a los gastos de bolsillo en salud en Colombia. *IPSA Sci Rev científica Multidiscip* [Internet]. 2023;8(4):9–16. <https://www.booksandjournals.org/ojs/index.php/ipsa/article/view/art1vol8nro4/82>
24. Alvis-Zakzuk J, Marrugo-Arnedo C, Alvis-Zakzuk NJ, de la Rosa FG, Florez-Tanus Á, Moreno-Ruiz D, et al. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2020;20(5):591–8. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n5.61403>
25. Rodríguez M. Gasto de bolsillo y gastos catastróficos en salud en hogares mexicanos. *Cart Económica Reg.* 2021;0(128):59–83.
26. Guanais F, Regalia F, Anaya M. Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. *Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe*. 2018.
27. Nievas CM, Gandini JB, Tapia AB. [Inequalities in access to medicines and out-of-pocket expenses, realities of the public health subsystem in the argentine interior]. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2021 Jun;78(2):147–52.
28. Guerrero-Ojeda GA. Gasto de bolsillo en salud y riesgo de pobreza en hogares peruanos. *PERÚ* 2017. *Salud Vida Sipanense* [Internet]. 2020;7(2):27–40. <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/1459>
29. Bran-Piedrahita L, Valencia-Arias A, Palacios-Moya L, Gómez-Molina S, Acevedo-Correa Y, Arias-Arciniegas C, et al. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción la Salud* [Internet]. 2020 Jul 1 [citado el 23

de junio de 2024];25(2):29–38. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772020000200029&lng=en&nrm=iso&tlang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772020000200029&lng=en&nrm=iso&tlang=es)

30. Franco Angel DF, Gonzalez Vargas AP. Gastos de bolsillo en salud para Colombia Un análisis desde las barreras de acceso al SGSSS para el año 2019 [Internet]. 2021. p. 1–22. <http://hdl.handle.net/1634/32379>
31. Sáenz-Vela HM, Guzmán-Giraldo ÁM, Sáenz-Vela HM, Guzmán-Giraldo ÁM. Determinantes del gasto de los hogares en salud en México. *Probl Desarro* [Internet]. 2021;52(205):3–25. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0301-70362021000200003&lng=es&nrm=iso&tlang=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-70362021000200003&lng=es&nrm=iso&tlang=es)

## Notas

\* Artículo de investigación

**Conflictos de intereses** Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de interés. Ninguna institución tuvo influencia en el diseño del estudio, en la recolección, análisis o interpretación de los datos ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

**Financiación** Este proyecto es financiado en su totalidad por el Ministerio de Ciencia y Tecnología de Colombia (Minciencias): “Desarrollo y transferencia tecnológica de plataforma de telesalud y laboratorios digitales portátiles en el departamento de Putumayo” Código BPIN: 2021000100216.