

# Gasto Financieramente Catastrófico y Empobrecedor en Salud. Argentina, 1997-2005

Daniel Maceira y Ana Reynoso\*

## 1. Introducción

La organización de un sistema sanitario enfrenta el desafío de implementar una red equitativa y eficaz de mecanismos de prestación, financiamiento y regulación de servicios y bienes vinculados con el mantenimiento o la recuperación de la salud. Ello implica asignar recursos a las necesidades de la población como también reducir la probabilidad de enfrentar eventos de enfermedad a través del fomento de conductas preventivas, buenos hábitos, etc.

En tanto las demandas del sistema de salud son amplias y se definen por las características socioeconómicas y demográficas de la población del país, un sistema de salud descansa en la sustentabilidad de sus mecanismos de protección financiera, ámbito donde se diseña la estrategia de uso de los recursos disponibles. Alcanzar la cobertura, la equidad y la calidad en los servicios de salud requiere de una instancia de planeamiento que mediante normas, regulaciones y distribución de fondos, responsabilidades y tareas proponga un modo de garantía de derechos sanitarios.

La operatoria de mecanismos de aseguramiento en salud supone la transferencia de recursos desde grupos poblacionales relativamente sanos a otros relativamente enfermos.

---

\* Daniel Maceira, Ph.D. en Economía, Boston University, Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Investigador Adjunto del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Director del Programa de Salud del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), Argentina. Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org). Ana Reynoso, Licenciada en Economía. Universidad Nacional de Buenos Aires. Investigadora Asistente de CEDES.

Asimismo, y en la medida que existan transferencias de individuos relativamente ricos hacia otros relativamente pobres a igual garantía de servicios, el seguro alcanza niveles solidarios o sociales. Particularmente para el caso argentino, la fragmentación de fondos de aseguramiento, tanto vinculada por la descentralización pública como con la dispersión de fondos de la seguridad social producen brechas de financiamiento entre grupos sociales y entre provincias, desafiando la equidad del sistema. Desde esta perspectiva, la participación del gasto de bolsillo en salud en el ingreso de las familias constituye un indicador de efectividad del modelo sanitario.

El presente trabajo se enmarca en una amplia literatura vinculada con el análisis del desempeño y la estructura de los sistemas de salud. Por un lado, se ubica aquellas referencias que definen y establecen técnicas de medición de los gastos catastróficos y empobrecedores en salud. Por el otro se encuentra un cuerpo de investigaciones y trabajos destinado al análisis de los mecanismos de protección social en salud y su correlato para el caso latinoamericano y argentino.

El objetivo de este trabajo es identificar y calcular una serie de indicadores de gasto en salud de los hogares y su impacto en el ingreso disponible. Para ello se recurre a la utilización de una serie de encuestas de hogares que permiten medir el desempeño del sistema de salud argentino desde una mirada de protección financiera, para el período 2005 y compararlo con 1997.

Las siguientes dos secciones introducen, respectivamente, los antecedentes teóricos y metodológicos que sustentan el análisis para el caso de Argentina, especificando las preguntas de investigación y presentando la información a ser utilizada. En base a ello, el cuarto apartado discute los resultados obtenidos del cálculo de una batería de indicadores vinculados con el gasto

catastrófico y empobrecedor, identificando algunos elementos determinantes en el desempeño del sistema analizado, y que enriquecen la lectura de estos indicadores estandarizados. Posteriormente, se proponen aproximaciones a la estimación de las estrategias de prevención por parte de los pacientes, y las acciones de determinación de consumo por parte de la oferta del sistema de salud.

## 2. Marco Teórico

A fin de medir, analizar y comparar la capacidad de los distintos arreglos institucionales en salud para brindar cobertura y protección financiera a los hogares, algunos autores se ha abocado a proponer indicadores que den cuenta de tales fenómenos entre sistemas disímiles.

En tal sentido la definición de *Contribución Financiera* (HFC), introducido por Xu et al. (2003), representa la carga financiera soportada por las familias y atribuida a pagos en el sistema de salud. La misma se traduce en una tasa que vincula los aportes al sistema (HE) a través de impuestos generales, contribuciones al sistema social de seguros, seguros privados, y pagos de bolsillo, con su capacidad de pago (CTP). Esta Capacidad de Pago, por su parte, se define para la familia  $i$ , como su ingreso efectivo menos el gasto en subsistencia (SE):  $HFC_i = HE_i / CTP_i$ .

Xu et al. (2003) toman como aproximación del ingreso efectivo al consumo de las familias, dado que la varianza del gasto corriente es menor a la varianza del ingreso corriente, permitiendo eliminar los shocks aleatorios en el cálculo del ingreso.

Asimismo, y a fin de facilitar la comparabilidad entre países, los autores utilizan como Gasto de Subsistencia a la Línea de Pobreza Internacional. La misma permanece constante al aumentar el ingreso, eliminando la subestimación de la capacidad de gasto de las familias con mayores recursos, y que se genera al utilizar el indicador de gasto actual en alimentos. Sin embargo, observan que la participación del gasto en alimentos sobre el total aumenta con la pobreza, proponiendo el cálculo de una línea endógena basada en precios de alimentos para cada país. Dicha línea de pobreza es calculada a partir del promedio de gasto en alimentos de las familias cuyas erogaciones en ese rubro en relación al gasto total se encuentra en el rango porcentual de 45 a 55% de la población, ajustando esta medición por el tamaño del hogar.<sup>2</sup>

La definición de esta medida de Contribución Financiera en Salud de las familias da lugar a los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor. El gasto en salud es catastrófico cuando las familias deben reducir su gasto básico por un período de tiempo para cubrir costos vinculados con la atención de su salud. La definición de Gasto Catastrófico varía de acuerdo al porcentaje que se le atribuye al gasto de bolsillo en relación al total. En la literatura no hay consenso acerca de la proporción que debe representar ese gasto para ser considerado catastrófico. Xu et al (2003) utilizan el umbral de 40%, siendo el 10% aquel identificado por Van Doorslaer et al (2005).

Los primeros realizan un análisis de 59 países y encuentran que las tasas de gasto catastrófico más elevadas se observan en algunos países de América Latina. Ellos aseguran que existe una relación positiva entre la proporción de familias con gasto catastrófico en salud y el porcentaje de gasto de bolsillo en el total del gasto en salud. Por otro, dado que el gasto

---

<sup>2</sup> De esta manera, los autores evitan el uso del indicador de paridad de poder adquisitivo (PPP en sus siglas en inglés), obteniendo los datos necesarios directamente de las encuestas de hogares.

catastrófico ocurre cuando los pagos directos de las familias son altos en relación al total del gasto en salud -todo lo demás contaste-, se espera que la probabilidad del gasto catastrófico sea mayor cuando los niveles de pobreza y cuidado de salud son mayores.

Por su parte, Van Doorsaler y Wagstaff (2002), presentan y comparan dos mediciones para medir equidad en los pagos del sistema de salud. El primero de ellos requiere que los pagos no excedan una proporción pre-especificada del ingreso. El otro, que no lleven a las familias a la pobreza. En esta línea desarrollan índices para establecer cuán “catastrófico” es el pago de bolsillo en salud, capturando su intensidad, su incidencia y su variación con el ingreso. Los autores proponen distintos indicadores que serán tomados en este estudio. Por un lado, sugieren la obtención de la fracción de la muestra cuyo gasto en salud es proporcionalmente mayor al umbral  $z$  (teórico), calculando la población que realiza gasto catastrófico. También se analiza el “exceso” de gasto catastrófico, que captura la intensidad o severidad del gasto.

Paralelamente, un aumento del gasto de bolsillo puede llevar, en caso de países relativamente pobres a lo que Whitehead et al. (2001) llaman “trampa de la pobreza”, remarcando al igual que McIntyre et al. (2006), las consecuencias económicas de las enfermedades.

McIntyre, Thiede, Dahlgren, Whitehead (2006) realizan una revisión de literatura sobre las consecuencias económicas de las enfermedades y los pagos en el cuidado de salud a nivel de las familias, proponiendo dos metodologías para el análisis: una basada en la evaluación de costos directos (costos financieros a los que se incurre cuando se hacen efectivos los servicios en salud), y otra en los costos indirectos (pérdidas de tiempo productivo vinculados con una enfermedad propia de otros miembros de las familias).

Las mediciones de gasto catastrófico normalmente presentan debilidades. En general las fuentes de información no tienen en cuenta los gastos indirectos, como transporte, alimentos o pérdidas de ingreso debido a la presencia de una enfermedad, subestimando las consecuencias financieras del gasto de bolsillo.

En todo caso, los indicadores de gasto empobrecedor y gasto catastrófico son resultantes de los arreglos llevados a cabo por las familias para enfrentar los riesgos vinculados con la prevención de enfermedades y la provisión de mecanismos para afrontar o mitigar sus efectos financieros. En tanto la capacidad de las familias para desarrollar tales estrategias depende en parte, de su capacidad financiera y su inserción en el mercado laboral, el Estado interviene de diferentes modos. Tal intervención puede tomar la forma de financiamiento y/o prestación de servicios, como también desde la regulación y condición de fondos sociales o privados que reduzcan el riesgo financiero de las familias.

En este sentido, Becker y Ehrlich (1972), Lustig (2001), Carrin et al. (2004) y Wagstaff y Van Doorslaer (2002), sostiene que existen mecanismos alternativos de protección para enfrentar los shocks financieros asociados con la salud, que se hacen operativos cuando los mecanismos formales no son accesibles. Estas alternativas incluyen la participación en fondos formales de aseguramiento, el “auto-seguro”, basado principalmente en el ahorro, y la “auto-protección”, que descansa en la adopción de prácticas y costumbres personales saludables, tales como actividades deportivas o cuidado en la alimentación. De esto último se desprende que en tanto los individuos demuestren indicios de tener costumbres saludables o ejerciten su capacidad de ahorro, tendrán una posición adversa frente al riesgo. En consecuencia actuarán procurándose mecanismos de

aseguramiento que reduzcan la incertidumbre sobre sus consumos catastróficos, independientemente de si cuentan o no con seguros formales de salud.

La presencia individual de aversión al riesgo sugiere que los consumidores prefieren distribuir sus consumos intertemporalmente de modo homogéneo, en vez de contar con una distribución de gasto con picos y depresiones. De esta manera, en vistas a posibles contingencias como la enfermedad, desearán contratar seguros que les permitan redistribuir sus ingresos desde los escenarios favorables (donde gozan de salud) hacia los escenarios contingentes (donde tienen una cierta probabilidad de enfermarse).

Sin embargo, la incidencia de mecanismos formales de aseguramiento difiere según la estructura de ingreso. Mientras que los grupos de salarios bajos acuden al sistema formal de salud una vez que la enfermedad ha ocurrido, los grupos de ingresos medio-altos y altos suelen tener acceso a seguros (privados o sociales) de salud. Ello les permite participar de una cobertura ante la contingencia de una enfermedad futura. De esta manera, los mecanismos de aseguramiento en salud permiten a individuos adversos al riesgo desarrollar una estrategia para minimizar el costo de enfrentar un gasto catastrófico financiero. Sus gastos asociados pueden convertirse en un shock financiero, entendido este como aquél que, deduciendo el gasto de bolsillo del ingreso neto, lleva al individuo o grupo familiar a ubicarse por debajo de la línea de pobreza o indigencia.

Algunos estudios en América Latina (Baeza y Packard, 2006, entre otros) proponen el uso de las metodologías planteadas por Wagstaff y Van Doorslaer (2002), para distintos países de la región. Los mismos reconocen las estructuras segmentadas de los sistemas de salud en el continente, y sus efectos en la equidad financiera de los mismos, medidos en términos de las

capacidad de las familias con ingresos disímiles de participar de estructuras de riesgo compartido (*risk pooling*) eficaces.

A partir de la definición de gasto catastrófico, y considerando los mecanismos alternativos de protección social en salud, Maceira (2004), analiza para 1997/8 la participación relativa de cada uno de ellos y su capacidad de reducir los gastos de bolsillo en salud. Se estima la probabilidad de las familias argentinas de caer bajo la línea de pobreza debido a un shock financieramente catastrófico en salud, así como visualiza la propensión del sistema a incluir la demanda en zonas de alta concentración de servicios e ingresos.

Dentro de este contexto y para el año 2005, el presente trabajo propone una serie de preguntas de investigación que guían este trabajo:

- ¿Qué valores alcanzan los distintos indicadores de protección financiera en salud para el caso argentino?
- ¿Cómo varían estos valores según las características económicas y demográficas de los hogares?
- ¿Cuáles han sido las variaciones en tales indicadores entre 1997 y 2005?
- ¿En que medida los gastos de bolsillo se asocian con mecanismos de inducción de demanda, dependiendo de los distintos modos de aseguramiento? ¿Cómo ello influye en la posición frente al riesgo de los hogares y de su capacidad para impulsar comportamientos preventivos o de autoprotección?

### **3. Fuentes de Información y Metodología**

La unidad mínima de análisis para este estudio es el hogar. La información necesaria para la creación de variables e indicadores proviene en primera instancia de las Encuestas Nacionales de Gasto de los Hogares, para los períodos 2005 y 1997, generada por el Instituto Nacional de

Estadísticas y Censos. La misma permite analizar con representación nacional las erogaciones de bolsillo vinculadas a alimentos, vestimenta y otros conceptos usuales de consumo, incluyendo la atención de la salud. La encuesta permite alcanzar desagregaciones a nivel subnacional, por localidades urbanas y rurales, nivel de ingreso y consumo de los hogares, informando asimismo sobre composición del hogar por edad y sexo, y condición de cobertura en salud. Complementariamente, en la última sección se utilizan los resultados de la Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Salud de los Hogares, realizada en 2005.

Las variables que han servido como insumo para la construcción de los indicadores utilizados en este estudio se presentan en el siguiente Cuadro 1, donde se observa para cada caso y para los dos años, sus valores medios y desvíos estándar.

El tamaño de la muestra es de 27.260 hogares en 1997 y 29.031 en el 2005, de los cuales una proporción relativamente pequeña reside en áreas rurales (7,45% en el 2005), con una orientación intertemporal hacia mayor urbanidad.<sup>3</sup>

**Cuadro 1**  
**Descripción de Variables, 1997-2005**

Variable	Nombre en la base	1997		2005	
		Media	Std. Dev.	Media	Std. Dev.
<b>Hogares que se ubican en comunidades rurales</b>	Rural	13,12%	0,20	7,45%	0.002

<sup>3</sup> La variable *rural* es una característica dicotómica que toma el valor 1 si el hogar se ubica en comunidades rurales. Como la condición residencial del encuestado no se encuentra disponible en la base de datos utilizada, se adoptó un criterio en base a la distancia en cuadras que separan el hogar del medio de transporte más cercano, estipulando como rural todo hogar distante a más de tres cuadras del transporte. Tal umbral se decidió evaluando el porcentaje de hogares rurales según los Censos de Población y Vivienda de 1991 y 2001. Bajo este criterio, la encuesta sugiere que en Argentina un 13,12% de la población es rural, con una dispersión muestral del 0,20 por ciento.

	hciclo1	46,21%	0,003	44,99%	0.003
<b>Composición del hogar por grupos de edades que lo integran</b>	hciclo3	18,87%	0,002	20,10%	0.002
	hc6	4,86%	0,001	4,69%	0.001
	hc7	30,06%	0,003	30,22%	0.003
	size=1	30,14%		34,25%	
<b>Tamaño del hogar</b>	size=2	37,20%	0,005	37,89%	0.005
	size=3	32,66%		23,91%	
<b>Aseguramiento</b>	Seguro_familia=1	0,746	0,003	0,653	0.003
<b>Gasto Total</b>	gasto_total	835,430	4,726	1,195,212	7,052
<b>Gasto de bolsillo en salud</b>	gasto_bolsillo	61,609	0,907	80,988	1,186
<b>Gasto en alimentos</b>	gasto_alimento	281,197	1,250	398,215	1,959
<b>Línea de pobreza nacional</b>	linea_pais	256,635	0,845	242,339	0.809
<b>Línea de pobreza internacional</b>	linea_inter	104,201	0,343	98,396	0.329
<b>Línea de pobreza endógena</b>	linea_endo	313,661	0,593	454,964	0.864
<b>Indicadores de capacidad de pago</b>	cp_alimento	554,233	3,947	796,996	5,722
	cp_linea_pais	578,795	4,705	952,872	7,038
	cp_linea_inter	731,229	4,699	1,096,816	7,035
	cp_linea_endo	521,770	4,680	740,247	7,019
<b>% que representa el oop sobre la capacidad de pago</b>	gb_cp_alimento	9,87%	0,001	8,31%	0.0009
	gb_cp_linea	14,36%	0,006	10,03%	0.0066
	gb_cp_linea_inter	7,81%	0,001	6,21%	0.0007
	gb_cp_linea_endo	25,30%	0,055	19,41%	0.0153
<b>Número de hogares de la encuesta</b>			27260		29031

*Fuente: Elaboración propia en base a ENGH 1997 y ENGH 2005*

A continuación se presentan aquellas variables categóricas que recogen la composición etárea del hogar. Aproximadamente 45% de los hogares en 2005 (46,21% en 1997) cuentan con menores de 14 años y sin miembros mayores de 65 (hciclo1), en tanto en 20% de los hogares en 2005 (18,87% en 1997) ningún habitante es menor de 14 años y existe alguno mayor de 65 (hciclo3).

La categoría hc6 indica la intersección en el hogar de algún miembro menor de 14 años y alguno mayor de 65, constituyendo un 4,68% (4,86%) de los hogares encuestados, en tanto que hc7 representa a los hogares sin menores de edad y sin mayores de 65 años, correspondiendo al

restante 30,21% (30,06%) de los hogares relevados. En todos los casos los desvíos estándar son relativamente pequeños, inferiores al 3 por mil.

Las variables que recogen el tamaño del hogar, medidas como número de miembros, también se construyó en categorías donde size=1, size=2 y size=3 representan respectivamente a los hogares con hasta dos integrantes, 3 o 4 integrantes, y 5 o más miembros. La mayoría de los hogares argentinos, según datos de esta encuesta, correspondería a los que tienen 3 o 4 habitantes, conformando el 37,20% de los hogares encuestados en 1997. Por su parte, los hogares con hasta 2 habitantes representan el 30,14% de la muestra al tiempo que los hogares con 5 o más integrantes conforman el restante 32,66%. Complementariamente, la cobertura formal en salud (seguros sociales o privados) es amplia, llegando a 65,3% en 2005 y 74,5% en 1997.

Las siguientes variables dan cuenta de los indicadores de gasto (total, en salud y en alimentos) y de líneas de pobreza (nacional, internacional y endógena) calculados para ambos períodos. A diferencia de las variables anteriores, cuyos porcentajes no diferían significativamente entre años, estas últimas se encuentran expresadas en pesos corrientes de cada año, por lo que no son comparables.

El “gasto total” representa la suma de los gastos en compras mensuales del hogar en todos los conceptos de consumo: alimentos y bebidas, indumentaria, salud, vivienda, transporte, educación, esparcimiento y cultura, equipamiento y bienes y servicios varios de acuerdo a la categorización del INDEC. El “gasto de bolsillo en salud”, por su parte, es una variable continua que surge como la suma de todos los desembolsos privados del hogar realizados en compras relacionadas con el cuidado de la salud y que incluye bienes y servicios. El mismo no considera

los aportes salariales y contribuciones patronales realizados sobre los sueldos y honorarios brutos. Del mismo modo, la variable “gasto en alimentos” recoge los gastos por compras mensuales de los hogares en alimentos y bebidas.

La variable “línea país” refiere a la línea de indigencia nacional correspondiente a cada año analizado, informada por el organismo oficial de estadística y censo. En tanto la misma es calculada por el INDEC por adulto equivalente, su construcción en base al hogar requirió su multiplicación por la cantidad de miembros de la vivienda. Por su parte, “línea internacional” refiere a la línea de pobreza a precios internacionales utilizando como base los Estados Unidos y corrigiendo por la inflación de ese país.<sup>4</sup>

Por último, “línea endógena” toma en consideración las economías de escala que pudieran surgir en el gasto en la canasta básica cuando aumenta el número de miembros del hogar.<sup>5</sup>

Las últimas variables de la Tabla capturan cuatro medidas de la capacidad de pago de los hogares, calculada como el gasto total neto de su gasto de subsistencia para cada observación. La diferencia entre ellas se vincula con el modo de definir el gasto de subsistencia, tomando respectivamente las variables identificadas en párrafos previos (gasto en alimentos, línea de pobreza nacional, internacional y endógena).

---

<sup>4</sup> El procedimiento implica convertir la línea de pobreza internacional en términos de la moneda local utilizando el factor de conversión PPP para el año 1993 y aplicar la diferencial de inflación con EEUU. Dado que la unidad de análisis es el hogar, es necesario ponderar estos valores por el tamaño de los mismos.

<sup>5</sup> La misma se calcula como el gasto promedio en alimentación de los hogares cuyo cociente entre el gasto en alimentos y el gasto total se encuentra entre el percentil 45 y 55 %, ajustado por el tamaño del hogar (Xu K, Evans D, Kawabata, Zeramdini R, Klavus J, Murray C., 2003).

Finalmente se presentan los porcentajes medios del gasto de bolsillo sobre la capacidad de pago de las familias, de acuerdo a las cuatro metodologías de medición señaladas. Así, la variable “gb\_cp\_alimento” sugeriría que el gasto en salud representaba para un hogar promedio argentino en 2005 un 8,3% del gasto total neto de alimentos, valor que ascendía a 9,87% en 1997, con dispersiones bajas menores al 1 por mil. Por su parte, “gb\_cp\_linea” indicaría que el gasto en salud representaba un 10,02% en 2005 (14,36% en 1997) de la capacidad de pago del hogar medio, con un desvío del 6 por mil.

#### **4. Indicadores de protección financiera en salud. Argentina 1997-2005**

El punto de partida para el análisis de la protección financiera en salud lo constituyen los indicadores de Incidencia y Brecha de Gasto Catastrófico y Empobrecedor. Su medición para la Argentina fue realizada a partir de las bases descriptas previamente, que recoge las características socio-económicas y sanitarias de de cada uno de los hogares que conforman la muestra. La presente sección introduce los indicadores de medición de protección financiera, presenta los resultados obtenidos y analiza sus implicancias para el caso argentino.

**DEFINICIÓN 1.** *Un Gasto de Bolsillo en Salud se considera catastrófico si el porcentaje que el mismo representa sobre la capacidad de pago es mayor a un cierto umbral. Formalmente,*

$$GC_i = 1 \left[ \frac{\text{gasto\_bolsillo}}{cp} > k \right]$$

El indicador de Gasto Catastrófico se propone medir la severidad con que los gastos privados en salud impactan sobre el margen de gasto que sobrevive luego de realizar los pagos necesarios para la subsistencia. Esta definición da lugar a dos indicadores del Gasto Catastrófico: la *Incidencia del Gasto Catastrófico (IGC)* y la *Brecha del Gasto Catastrófico (BGC)*.

- La IGC toma el valor 1 si se verifica la expresión entre corchetes: el hogar “i” habrá incurrido en un gasto en salud catastrófico si el desembolso destinado a salud representó más del k% de su gasto total en bienes de consumo
- La BGC, por su parte, se define como la diferencia entre el gasto en salud como porcentaje de la capacidad de pago y el umbral de corte k, para los hogares con gasto catastrófico, esto es

$$BGC = \frac{\text{gasto\_bolsillo}}{cp} - k, \text{ si } GC_i = 1.$$

A diferencia del indicador IGC, la variable BGC no es dicotómica, sino continua y se propone capturar la intensidad del Gasto Catastrófico, considerando la distancia hacia el umbral porcentual de capacidad de pago, explicado por sus desembolsos en salud. De esta manera, a mayor valor del indicador sobre el umbral, mayor será el porcentaje del gasto disponible que se destina a salud y se retira de otros consumos.

Definidas previamente cuatro especificaciones de línea de pobreza para el cálculo que recoge la capacidad de pago (cp), existirían cuatro mediciones alternativas del IGC. Sin embargo, la exploración de las variables descriptivas evidencia la presencia de hogares que presentan valores negativos en su capacidad de pago.

Para superar las dificultades que ello genera en la interpretación de las medidas de Gasto Catastrófico, las cuatro especificaciones se entrelazan con dos metodologías alternativas para tratar a los hogares que exhiben una capacidad de pago negativa. Por un lado, la metodología

propuesta por Wagstaff y Van Doorslaer (2002) sugiere reemplazar la variable *cp* por cero en los hogares donde ésta resulta negativa. Alternativamente, la metodología adoptada por la Organización Mundial de la Salud aconseja en esos casos reemplazar la línea de pobreza utilizada por el gasto en alimentos del hogar.

Asimismo, para este estudio se eligieron tres umbrales “k” de capacidad de pago: 20%, 30% y 40%. El Cuadro 2 muestra para el año 2005 los valores de los dos indicadores de Gasto Catastrófico para los tres umbrales, las cuatro mediciones de línea de pobreza y las dos metodologías de tratamiento de las capacidades de pago negativas.

La tercera columna muestra el porcentaje de los hogares que exhiben Gasto Catastrófico, según la *Definición 1* de este apartado. La siguiente columna corresponde al promedio de la discrepancia entre la proporción del gasto de bolsillo en salud sobre la capacidad de pago correspondiente y el umbral k escogido. Por último, la quinta columna reporta los índices de concentración del Gasto Catastrófico. Esta variable examina la variación de la IGC a lo largo de la distribución del gasto total de los hogares. Un índice de concentración negativo sugeriría una mayor propensión de los hogares más pobres a que su ratio (*gasto en salud - cp*) supere el umbral estipulado en cada caso y para cada línea de subsistencia.

**Cuadro 2**  
**Incidencia y brecha de gasto catastrófico. Mediciones alternativas, 2005**

Variable	Punto de Corte	Total	Brecha	Indice de concentración	
		(porcentaje) Media	Media		
Hogares con gasto	OOP/Exp-Food	k=20%	13,99 [014 - 014]	.026923 [.0258563 - .0279897]	.1188044

<b>catastrófico</b>		k=30%	8,37036 [008 - 009]	.0159801 [.0151779 - .0167823]	.0666478
		k=40%	5,24267 [005 - 005]	.0092911 [.0087101 - .0098722]	.0353727
<b>OOO/Exp-GS1</b> Si Exp<GS1 →Cualquier OOO>0 es un gasto empobrecedor		k=20%	12,74155 [012 - 013]	.0476512 [.0362399 - .0590626]	-.0088977
		k=30%	8,1568 [008 - 008]	.0402376 [.0288593 - .0516159]	-.1131358
		k=40%	5,72147 [005 - 006]	.0364393 [.0250837 - .0477949]	-.2202699
		k=20%	11,76329 [011 - 012]	.0436 [.0321722 - .0550277]	.0350818
<b>OOO/Exp-GS1</b> Si Exp<GS1 →Sustituir GS1 por Food		k=30%	7,07175 [007 - 007]	.0344638 [.0230769 - .0458508]	-.0408267
		k=40%	4,56753 [004 - 005]	.0287412 [.0173888 - .0400937]	-.1171603
		k=20%	9,29007 [009 - 010]	.0158577 [.0150208 - .0166946]	.0862574
		k=30%	5,191 [005 - 005]	.0089771 [.0083391 - .0096152]	.0178125
<b>OOO/Exp-GS2</b> Si Exp<GS2 →Cualquier OOO>0 es un gasto empobrecedor		k=40%	3,00713 [003 - 003]	.0050451 [.004558 - .0055322]	-.0449819
		k=20%	9,21773 [009 - 010]	.0157546 [.0149178 - .0165915]	.0914385
		k=30%	5,11178 [005 - 005]	.0088511 [.0082144 - .0094879]	.0270337
		k=40%	2,92446 [003 - 003]	.0049104 [.0044256 - .0053952]	-.0290765
<b>OOO/Exp-GS3</b> Si Exp<GS3 →Sustituir GS3 por Food		k=20%	12,76566 [012 - 013]	.0243086 [.0232902 - .0253269]	.0728453
		k=30%	7,61944 [007 - 008]	.0144006 [.0136351 - .0151661]	.0074982
		k=40%	4,68809 [004 - 005]	.0083862 [.0078309 - .0089415]	-.0289373
		NA	0,49602 [000 - 001]	.0013971 [.0011856 - .0016086]	-.6815659
<b>Hogares con gasto empobrecedor</b>	<b>Prevalencia de hogares con gasto empobrecedor (LP=GS1)</b>	NA	0,04134 [000 - 000]	.000144 [.0000674 - .0002206]	-.8674693
	<b>Prevalencia de hogares con gasto empobrecedor (LP=GS2)</b>	NA			

Fuente: Elaboración propia en base a ENGH05

Notas:

Intervalo de confianza al 95% entre corchetes

OOO = Gasto de bolsillo del hogar

EXP = Gasto total en el hogar

Food = Gasto en alimentos en el hogar

GS1 = Gasto de subsistencia equivalente a la línea de pobreza extrema nacional equivalente a \$71 USD

PPP

GS2 = Gasto de subsistencia equivalente a la línea de pobreza de \$1 USD PPP

*GS3= Gasto de subsistencia equivalente a la línea de pobreza endógena*  
*k= Umbral o punto de corte del gasto en salud en relación al gasto disponible a partir del cual se dice que un hogar sufre de un gasto catastrófico en salud.*

*VARIABLES 2 Y 4 SE REALIZARON CON LA METODOLOGÍA WAGSTAFF, VARIABLE 3 Y 5 CON LA METODOLOGÍA XU*

*VARIABLES 2 Y 4 SE REALIZARON CON LA METODOLOGÍA WAGSTAFF, VARIABLE 3, 5 Y 6 CON LA METODOLOGÍA XU*

Del examen de los datos del Cuadro surgen varios elementos a resaltar. En primer lugar, para las seis metodologías de medición del indicador IGC se observa que el mismo es decreciente en el umbral de corte. A modo de ejemplo, en la medición que utiliza la línea de pobreza simple, 13,99% de los hogares tiene un gasto en salud que supera el 20% de su capacidad de pago, reduciéndose a 5% de los hogares relevados ante un  $k=40\%$ .

Asimismo, y para el indicador IGC las dos mediciones con línea de pobreza internacional, exhiben valores similares entre sí, para los tres cortes ( $k=20\%$ ,  $30\%$  y  $40\%$ ). Los datos informarían que en Argentina alrededor del 9,25% de los hogares exhiben un gasto en salud que como porcentaje de su capacidad de pago representa por lo menos el 20%. Asimismo, alrededor del 5% de los hogares gastan más del 30% de su capacidad de pago en salud, medido en términos internacionales y bajo cualquier especificación. Por último, en sólo 3% de los hogares argentinos el gasto en salud excede 40% de su capacidad de pago.

Por su parte, se identifica una extremadamente baja variabilidad en todas las variantes metodológicas expresada a través de los intervalos de confianza, sugiriendo que el indicador examinado sería robusto a los cambios metodológicos propuestos.

El indicador de Brecha del Gasto Catastrófico que cuantifica la discrepancia media entre el gasto en salud como porcentaje de la capacidad de pago y el umbral, presenta tendencias similares. Por un lado, es decreciente con el umbral de gasto. Por otro, genera valores homogéneos para las mediciones con líneas de pobreza internacional. La interpretación de los valores indicaría que el gasto en salud de los hogares argentinos supera en un 2,7% el 20% su capacidad de pago medida con el gasto en alimentos.

Por su parte, tal discrepancia desciende a casi el 0,9% cuando se compara con un umbral del 40%. Tomando las mediciones con líneas internacionales, el monto en el que el gasto de bolsillo del hogar argentino promedio superaría el 20% de su capacidad de pago correspondería al 1,6% de tal capacidad. Con el umbral del 30%, tal monto disminuye a 0,9% y para un umbral del 40% el indicador oscila en el entorno del 5 por mil.

La comparación de los datos sugiere que las diferencias entre la metodología Wagstaff-Doorslaer y la de la Organización Mundial de la Salud son mayores cuando se considera el gasto total neto de la línea de pobreza nacional. La comparación entre los valores de ambas líneas evidencia que la línea de indigencia nacional supera en aproximadamente tres veces la internacional. Por ello, la cantidad de hogares sobre los que tienen que aplicarse las metodologías de corrección por *cp* negativa, WD y OMS, serían significativamente menores cuando se trabaja con estándares internacionales, proveyendo de mayor homogeneidad en el tratamiento de los hogares a lo largo de toda la muestra.

La última columna del Cuadro 2 muestra el índice de concentración. Con la excepción surgida del uso de la metodología de línea de pobreza nacional bajo Wagstaff-van Doorslaer,

tanto los umbrales del 20% y 30% muestran que los hogares más ricos tienen mayor propensión a incurrir en gastos catastróficos. Bajo k igual a 40% los datos indicarían una mayor concentración del IGC en los valores más bajos del gasto total del hogar.

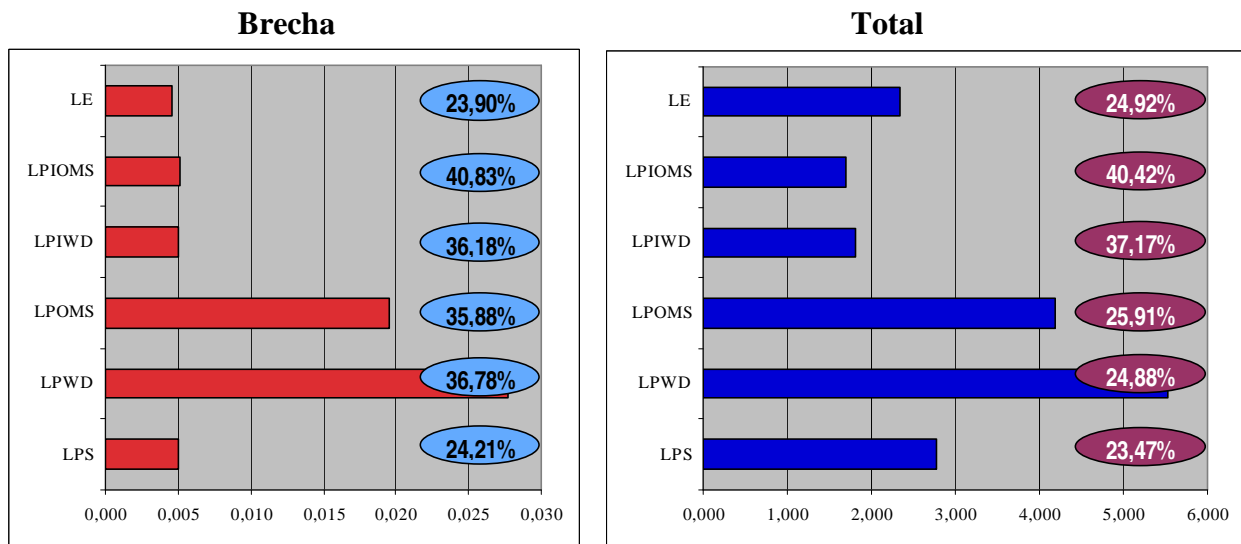
Complementariamente, la Figura 2 permite analizar la evolución de los indicadores estudiados en 2005 con respecto a aquellos de 1997. Las barras indican para cada metodología utilizada la diferencia simple entre ambos períodos (1997-2005) y para un umbral del 30%, en tanto las variaciones porcentuales entre ambos se presentan –en círculos- sobre la derecha de cada gráfica.

Entre ambos años y particularmente a partir de 1998, la Argentina fue terreno de una profunda crisis asociada a un tipo de cambio rígido que limitó la capacidad productiva interna, provocando niveles de desempleo superiores al veinte por ciento. En tanto el sistema de salud descansa en la estructura formal del mercado de trabajo, mayores niveles de desocupación aumentaron la demanda de los servicios públicos, reduciendo su calidad y aumentando los gastos de bolsillo de las familias. Este escenario desencadena una devaluación de la moneda que en 2001, y una marcada aceleración de la actividad productiva a partir del 2002.

Como parte del plan de contingencia económica, se desarrollaron políticas sectoriales específicas que promovieron particularmente la reducción de precios farmacéuticos (ley de prescripción por nombre genérico) y la mejora en su acceso para las familias de menores ingresos (Programa Remediar). Estas iniciativas, junto con el aumento en el nivel de actividad, lograron reducir el peso de las erogaciones de bolsillo en salud.

La Figura muestra en 2005 una evolución favorable del gasto catastrófico bajo todas las especificaciones consideradas en este estudio, con reducciones respecto al 1997. Tales diferencias encuentran sus mayores avances en las mediciones bajo la metodología de Wagstaff-Van Doorslaer, con una reducción de la incidencia del gasto catastrófica cercana al 40%. En el extremo opuesto, el análisis bajo la definición de línea de pobreza simple muestra variaciones porcentuales cercanas al 25%.

**Figura 1**  
**Brecha e incidencia del gasto catastrófico. Variaciones 1997-2005, con k=30%**



Fuente: Elaboración propia en base a ENGH05

Referencias:

LPS: Línea de Pobreza Simple: Gasto en Alimentos

LPWD: Línea de Pobreza Nacional: Metodología Wagstaff-Doorslaer

LPOMS: Línea de Pobreza Nacional: Metodología Organización Mundial de la Salud

LIWD: Línea de Pobreza Internacional: Metodología Wagstaff-Doorslaer

LIOMS: Línea de Pobreza Internacional: Metodología Organización Mundial de la Salud

LE: Línea de Pobreza Endógena: Metodología Organización Panamericana de la Salud

**DEFINICIÓN 2.** *Un Gasto de Bolsillo en Salud se considera empobrecedor si conduce a un hogar no pobre a quedar por debajo de la línea de pobreza. Formalmente,*

$$GE_i = 1[\text{gasto\_total} \geq \text{lineapobreza} \wedge (\text{gasto\_total} - \text{gasto\_bolsillo}) < \text{linea\_pobreza}]$$

Los indicadores de Gasto Empobrecedor permiten evaluar el impacto del gasto en salud sobre las finanzas del hogar en el corto plazo. Esta definición da lugar a dos indicadores de GE: el de Incidencia del Gasto Empobrecedor (IGE) y el de Brecha del Gasto Empobrecedor (BGE).

La IGE es un indicador binario: el hogar “i” habrá sufrido un Gasto Empobrecedor si siendo no pobre incurrió en un gasto en salud que lo dejó con un poder de compra inferior a lo necesario para adquirir la canasta básica de bienes y servicios, cualquiera sea su medición. Este indicador mide el porcentaje de hogares que quedaron por debajo de la línea de pobreza luego de realizar tal gasto de bolsillo en salud.

Por su parte, la BGE es una variable continua que intenta captar la magnitud del incremento en la brecha de pobreza a causa de gastos en salud. El indicador se define como la discrepancia entre el monto que necesitarían los hogares pobres para adquirir la canasta básica (según alguna de las mediciones propuestas en este trabajo) y el monto que necesitarían todos los hogares pobres y con Gasto Empobrecedor para lo mismo.

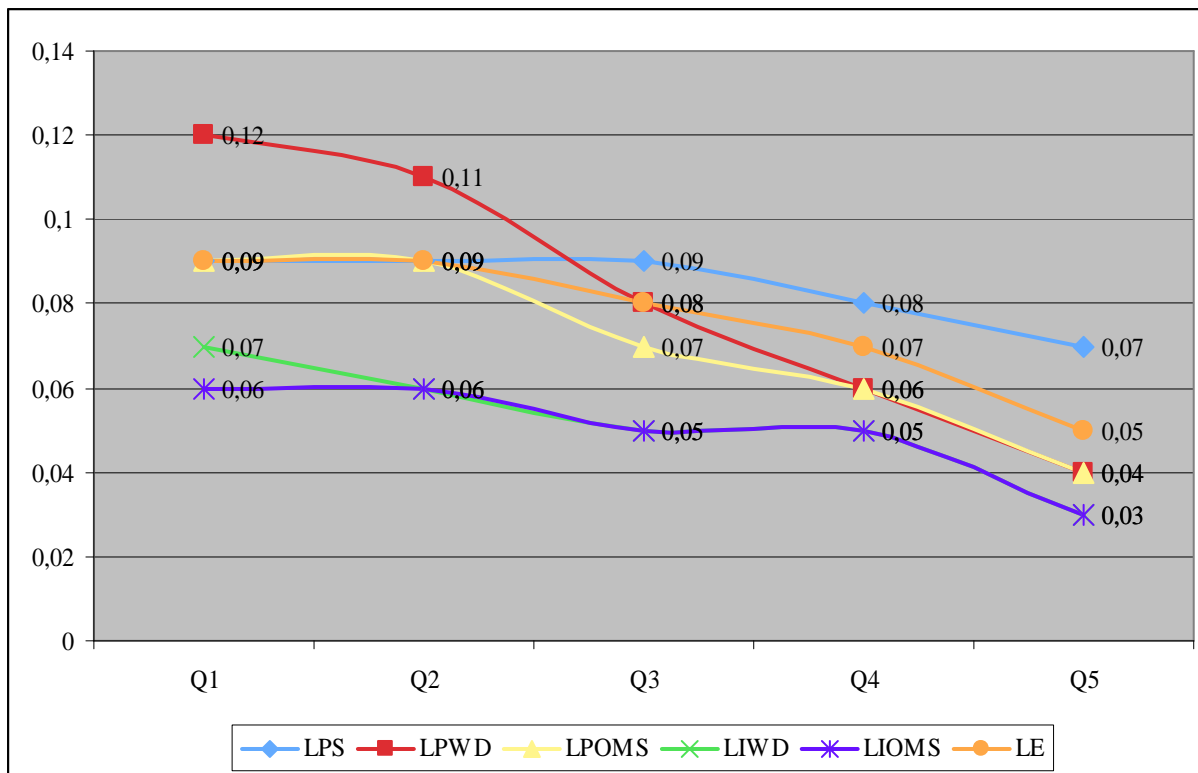
Para el presente estudio se eligió evaluar el GE de los hogares teniendo en cuenta el valor nacional de la canasta básica del hogar y el valor en dólares PPP de la misma. Los resultados, presentes en las últimas líneas del Cuadro 2, indicarían que sólo un 0,49% de los hogares no

pobres experimentaron en 2005 un gasto en salud que los dejó bajo la línea nacional de pobreza. Este valor se reduce a 0,04% de los hogares no pobres si se utiliza el parámetro de línea de pobreza internacional.

Hasta aquí no se ha incorporado al estudio el impacto diferencial que shocks sanitarios y financieros pueden tener sobre grupos de hogares de diferentes características. Con ese fin, a continuación se analizan los indicadores de protección financiera en salud por grupos de hogares, agrupándose por condición de residencia (vivienda urbana o rural), rango de ingreso (estratificación por quintiles), composición étnica (presencia o ausencia de niños o ancianos), cantidad de miembros del hogar y acceso a cobertura formal. Por simplicidad expositiva se considera únicamente el umbral  $k=30\%$  de capacidad de pago.

La siguiente Figura muestra los valores calculados para el año 2005 del indicador de Incidencia de Gasto Catastrófico por quintil de ingreso. Se incluyen las seis mediciones correspondientes a cuatro líneas de pobreza y dos metodologías de tratamiento de la capacidad de pago negativa.

**Figura 2**  
**Incidencia del Gasto Catastrófico según Quintil de Ingreso, 2005**  
**Líneas de pobreza simple, nacional, internacional y endógena**  
**-Metodologías Wagstaff-Doorslaer y OMS-**



Fuente: Elaboración propia en base a ENGH05

Referencias:

LPS: Línea de Pobreza Simple: Gasto en Alimentos

LPWD: Línea de Pobreza Nacional: Metodología Wagstaff-Doorslaer

LPOMS: Línea de Pobreza Nacional: Metodología Organización Mundial de la Salud

LIWD: Línea de Pobreza Internacional: Metodología Wagstaff-Doorslaer

LIOMS: Línea de Pobreza Internacional: Metodología Organización Mundial de la Salud

LE: Línea de Pobreza Endógena: Metodología Organización Panamericana de la Salud

Las seis mediciones conducirían a conclusiones similares en cuanto a que la tendencia del porcentaje de hogares que sufre un Gasto Catastrófico en Salud es decreciente en el nivel de ingreso del hogar. Sin embargo, algunas diferencias surgen de la exploración de cada indicador en particular.

En primer lugar, las dos mediciones de IGC con líneas de pobreza internacionales son idénticas en los últimos cuatro quintiles y difieren marginalmente para el primer quintil. En

contraposición, la medición a partir de la línea de pobreza nacional, metodología OMS, difiere significativamente de su par con metodología WD, siendo esta última la que más se aleja del resto de los resultados. Todas, sin embargo, se ubican en valores similares para el quintil de mayores ingresos, dónde sólo entre el 3% y el 7% de los mismos enfrentarían la probabilidad de gastos en salud superiores al 30% de su gasto neto de erogaciones de subsistencia.

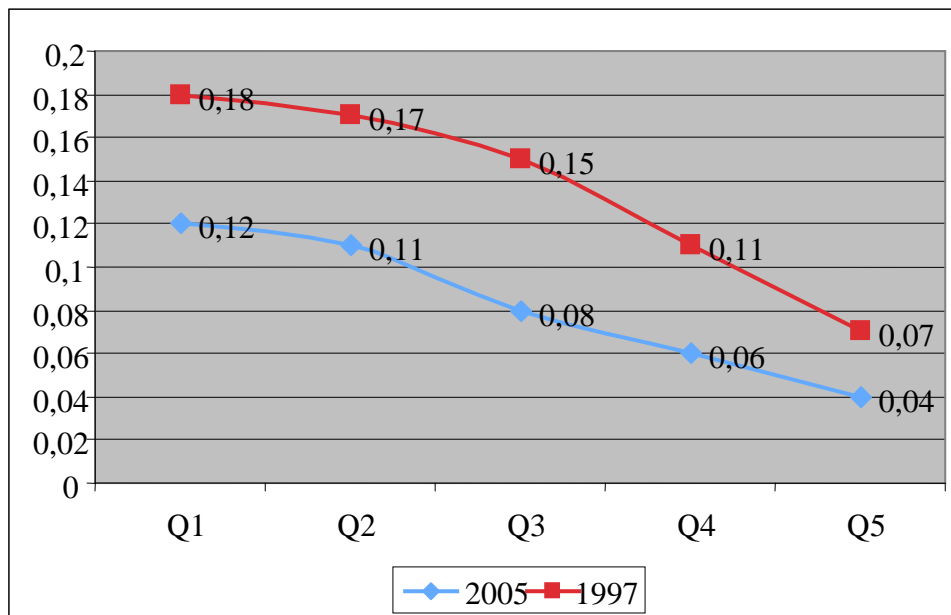
Por el contrario, en los quintiles de ingreso más bajo, la dispersión entre medidas es mayor. Mientras que para la IGC medida por la línea de pobreza nacional/Wagstaff-VanDoorslaer muestra 12% de los hogares del primer quintil con un gasto en salud sobre capacidad de pago superior al 30%, la medida con línea internacional-OMS encuentra un valor del 6% sobre la capacidad adquisitiva del hogar.<sup>6</sup>

La Figura 3 toma la metodología de línea de pobreza nacional bajo el criterio de Wagstaff- Van Doorslaer para el año 2005 presentado previamente y la compara con la misma estimación para 1997. Como quedara reflejado en comparaciones anteriores, la incidencia del gasto catastrófico entre períodos ha disminuido para todos los quintiles de ingreso. Sin embargo, este movimiento no es homogéneo: el primer quintil logra reducir su indicador en un 33%, en tanto el grupo de mayores ingresos lo hace en un 43%.

**Figura 3**  
**Incidencia del Gasto Catastrófico según Quintil de Ingreso, 1997-2005**  
**Línea de pobreza nacional - Metodología Wagstaff-Doorslaer**

---

<sup>6</sup> Esta mayor dispersión podría explicarse a partir del tratamiento que reciben los hogares que se ubican por debajo de la línea de pobreza. A medida que se avanza en niveles de ingreso, este fenómeno se minimiza, reduciéndose la necesidad de corregir por cp negativa, brindando mayor homogeneidad entre metodologías.



Fuente: Elaboración propia en base a ENGH97 y ENGH05

A fin de completar el análisis, el Cuadro 3 analiza para el período 2005 y un umbral del 30% la IGC por grupos de hogares, según sus características de residencia, composición y tamaño del hogar, y aseguramiento formal. Complementariamente, el Cuadro 6 presenta las tasas de variación para cada caso entre 1997 y 2005.

En cinco de las seis mediciones los hogares urbanos mostrarían una exposición marginalmente mayor al GC. El máximo porcentaje sugiere que un 9% de las familias urbanas registra un gasto en salud que representa más del 30% de su poder adquisitivo neto de subsistencia, con un mínimo en 4% de los hogares rurales.

Complementariamente, los distintos indicadores coinciden en que los hogares más afectados por el GC son aquellos en los se verifica la presencia de adultos mayores, tradicionalmente más expuestos a gastos en salud. Asimismo, los datos estarían avalando en

general la existencia de economías de escala: a medida que aumenta el tamaño de las familias, el incremento de la exposición al gasto catastrófico es proporcionalmente menor en la gran mayoría de las mediciones.

Un resultado particularmente interesante es el hecho de que los hogares que cuentan con algún tipo de aseguramiento formal presentan valores de GC más pesimistas que aquellos desprotegidos por el mercado. De acuerdo a las estimaciones realizadas, los hogares asegurados exhiben un gasto en salud que supera el 30% de su capacidad de pago en entre un 6 y un 10% de las veces, según la metodología. Estos valores son superiores a la incidencia de GC de los hogares que no tienen acceso a seguros formales, y que oscila entre un 3 y un 7% de los hogares. Una hipótesis que será testeada en la siguiente sección intentaría explicar esta situación: los seguros formales cuentan con distintos esquemas de incentivos que les permitirían aprovechar la ventaja informativa de la oferta del sector, generando inducción de demanda. De este modo, la presencia de un seguro podría brindar más protección sanitaria aunque no reduciría el gasto de bolsillo en salud.

**Cuadro 3**  
**Prevalencia del gasto catastrófico y empobrecedor por gastos en salud, 2005 (en porcentaje)**

Variable	Condición de residencia del hogar		Composición del hogar				Tamaño del hogar				Aseguramiento del hogar	
	Urbano	Rural	Con niños	Con adultos	Con adultos mayores y niños	Sin niños y sin adultos mayores	2 o menos integrantes	3 o 4 integrantes	5 o más integrantes	Sin seguro	Con seguro	
<b>OOP/Exp-Food (Gcalim)</b>	.0851602	.0656192	.0384292	.2132328	.1065393	.0614385	.1341647	.0649032	.0472363	.0483855	.1024465	
<b>OOP/Exp-GS1</b>												
Si Exp<GS1 →Cualquier OOP>0 es un gasto empobrecedor (GC1a)	.0811404	.0868762	.0597106	.172266	.1293167	.0463923	.102987	.0573584	.0881662	.0700447	.0876832	
<b>OOP/Exp-GS1</b>												
Si Exp<GS1 →Sustituir GS1 por Food (GC1b)	.0717981	.0573013	.0408023	.1696949	.1087436	.0435427	.1018807	.0529952	.0565104	.0485842	.0824634	
<b>OOP/Exp-GS2</b>												
Si Exp<GS2 →Cualquier OOP>0 es un gasto empobrecedor (GC2a)	.0528157	.0406654	.0222001	.1414124	.0653931	.0345378	.087901	.0356331	.0298009	.0291108	.0640093	
<b>OOP/Exp-GS2</b>												
Si Exp<GS2 →Sustituir GS2 por Food (GC2b)	.0521458	.0383549	.0206691	.141241	.0639236	.0345378	.0878005	.0351786	.0276988	.0273224	.0637456	
<b>OOP/Exp-GS3</b>												
Si Exp<GS3 →Sustituir GS3 por Food	.0775673	.0591497	.0346015	.198663	.0999265	.0530035	.1234034	.0574493	.0436503	.0459016	.0922704	
<b>Prevalencia de hogares con gasto empobrecedor (LP=GS1) (GE1)</b>	.0047642	.0073937	.0048993	.0061707	.0191036	.0020517	.0032183	.0031815	.0095215	.0068554	.0039544	
	[.0039408 - .0055876]	[.0037834 - .0110041]	[.0037019 - .0060968]	[.004161 - .0081804]	[.0118282 - .026379]	[.0011048 - .0029987]	[.002105 - .0043317]	[.0021291 - .0042339]	[.0074047 - .0116382]	[.0052433 - .0084675]	[.0030612 - .0048477]	
<b>Prevalencia de hogares con gasto empobrecedor (LP=GS2) (GE2)</b>	.000335	.0013863	.0002297	.0006856	.0007348	.0004559	.0006034	.0002727	.000371	.0008942	.0001582	
	[.0001162 - .0005538]	[-.0001817 - .0029544]	[-.0000302 - .0004895]	[.0000139 - .0013574]	[-.0007054 - .0021749]	[9.20e-06 - .0009027]	[.0001207 - .0010862]	[-.0000359 - .0005813]	[-.0000488 - .0007907]	[.0003102 - .0014782]	[-.0000208 - .0003372]	

Fuente: Elaboración propia en base a ENGH05

Notas:

Intervalo de confianza al 95% entre corchete

POP = Gasto de bolsillo del hogar

EXP= Gasto total en el hogar

Food= Gasto en alimentos en el hogar

GSI= Gasto de subsistencia equivalente a la línea de pobreza extrema nacional equivalente a \$71 USD PPP

GSI2= Gasto de subsistencia equivalente a la línea de pobreza de \$1 USD PPP

GSI3= Gasto de subsistencia equivalente a la línea de pobreza endógena

k= Umbral o punto de corte del gasto en salud en relación al gasto disponible a partir del cual se dice que un hogar sufre de un gasto catastrófico en salud

Variables 2 y 4 se realizaron con la metodología Wagstaff, variable 3 y 5 con la metodología Xu

Variables 2 y 4 se realizaron con la metodología Wagstaff, variable 3, 5 y 6 con la metodología Xu

**Cuadro 4**  
**Variación % - 1997-2005**

Variable	Condición de residencia del hogar		Composición del hogar				Tamaño del hogar			Aseguramiento del hogar	
	Urbano	Rural	Con niños	Con adultos	Con adultos mayores y niños	Sin niños y sin adultos mayores	2 o menos integrantes	3 o 4 integrantes	5 o más integrantes	Sin seguro	Con seguro
Línea de Pobreza Simple: Gasto en Alimentos	-27%	-36%	-43%	-12%	00%	-30%	-24%	-30%	-29%	-17%	-23%
Línea de Pobreza Nacional: Metodología Wagstaff-Doorslaer	-38%	-44%	-50%	-22%	-35%	-44%	-27%	-45%	-44%	-36%	-40%
Línea de Pobreza Nacional: Metodología Organización Mundial de la Salud	-36%	-50%	-44%	-23%	-21%	-50%	-29%	-40%	-50%	-29%	-31%
Línea de Pobreza Internacional: Metodología Wagstaff-Doorslaer	-29%	-43%	-50%	-13%	-13%	-40%	-18%	-33%	-40%	-25%	-25%
Línea de Pobreza Internacional: Metodología Organización Mundial	-29%	-50%	-50%	-13%	00%	-40%	-18%	-40%	-50%	-33%	-25%

de la Salud																		
<b>Línea de Pobreza Endógena: Metodología Organización Panamericana de la Salud</b>	-20%	-40%	-50%	-13%	00%	-38%	-19%	-33%	-33%	-33%	-20%	-17%						

Fuente: *Elaboración propia en base a ENGH97 y ENGH05*

Por su parte, el Cuadro 4 convalida el movimiento a favor de la equidad en el sistema de salud argentino, de acuerdo al ejercicio de estática comparada entre 1997 y 2005. En todos los casos, la variación en el gasto catastrófico entre lugares de residencia favorece relativamente a la población rural, donde la reducción del indicador alcanza un 50%. Del mismo modo, los hogares con mayor tamaño encuentran una reducción significativamente mayor que aquellos con dos o menos integrantes. En el primer caso, las caídas en los niveles de GC fluctúan entre un 30% y un 50%, en tanto que las de escala reducida alcanzan su máximo en 29%.

Entre el período 97-05 se identifica asimismo una mayor reducción en el peso del gasto catastrófico en las familias con cobertura formal (fluctuando entre 40% y 17%, según metodología). Finalmente, la política de reducción del gasto de bolsillo en salud logra favorecer a las familias con niños, con variaciones en torno del 50%.

El presente desarrollo se completa con un ejercicio donde los indicadores construidos de gasto de bolsillo en porcentaje del total y su relación con el gasto en alimentos, como aquellos indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor para un umbral de 30% son tomados como variables dependientes de un análisis multivariado. En todos los casos, se consideran variables explicativas a los quintiles de ingreso, la composición del hogar y su nivel de urbanidad, como el tamaño de la familia y la existencia de cobertura formal. El Cuadro 5 presenta los resultados para cada caso, confirmando algunos de los argumentos presentados previamente.

En primer lugar, del análisis del gasto de bolsillo en salud sobre el gasto total se identificaría que los coeficientes que categorizan el tamaño de la familia son negativos (en relación a la categoría constante que corresponde a un tamaño familiar de uno o dos miembros).

Esto indicaría que a mayor tamaño familiar, el peso del gasto de bolsillo en salud familiar sobre el total del gasto disminuye, evidenciando un efecto de escala.

Paralelamente, en el estudio del gasto de bolsillo en salud medido en términos del gasto en alimentos, se observa que Los quintiles pierden significatividad estadística. Ello indicaría una relativa homogeneidad en patrones de consumo en salud, que resultarían independientes del ingreso. Asimismo, la presencia de ancianos en el hogar aumenta más el riesgo de sufrir un gasto catastrófico en salud, en tanto el tamaño del hogar lo hace marginalmente. Por último, en todas las regresiones se verifica que el aseguramiento formal es promotor de gastos indirectos en salud, tema que se analiza en detalle en la próxima sección.

**Cuadro 5**  
**Determinantes 2005**

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	gb_gt	gb_cp_alimento	gc_e_30	gc_paisa_30	gc_paisb_30	gc_intera_30	gc_interb_30	gc_endob_30	gemp_inter
Rural	-0.0107*** (0.00229)	-0.0108*** (0.00321)	-0.0112** (0.00531)	-0.00280 (0.00535)	-0.0138*** (0.00460)	-0.00721* (0.00394)	-0.00808** (0.00383)	-0.0125*** (0.00485)	0.000372 (0.000466)
Quintil_2	0.00412** (0.00191)	0.00349 (0.00268)	0.00288 (0.00467)	-0.00978** (0.00401)	-0.00142 (0.00401)	-0.00231 (0.00325)	-0.000475 (0.00328)	0.000496 (0.00425)	-0.000517** (0.000263)
Quintil_3	0.00444** (0.00198)	0.00170 (0.00278)	-0.00162 (0.00472)	-0.0312*** (0.00367)	-0.0165*** (0.00377)	-0.00851*** (0.00317)	-0.00626* (0.00321)	-0.00547 (0.00425)	-0.000495* (0.000261)
Quintil_4	0.00697*** (0.00205)	0.00214 (0.00287)	-0.00886* (0.00467)	-0.0425*** (0.00352)	-0.0246*** (0.00366)	-0.0134*** (0.00310)	-0.0114*** (0.00312)	-0.0146*** (0.00413)	
Quintil_5	0.0109*** (0.00212)	0.00345 (0.00297)	-0.0195*** (0.00453)	-0.0601*** (0.00324)	-0.0410*** (0.00333)	-0.0234*** (0.00286)	-0.0212*** (0.00288)	-0.0306*** (0.00381)	
Hciclo1	-0.00285 (0.00178)	-0.00791*** (0.00250)	-0.0176*** (0.00464)	-0.00769 (0.00484)	-0.00927** (0.00443)	-0.0105*** (0.00365)	-0.0116*** (0.00358)	-0.0155*** (0.00443)	-0.000461 (0.000364)
Hciclo3	0.0568*** (0.00176)	0.0824*** (0.00247)	0.120*** (0.00647)	0.116*** (0.00682)	0.107*** (0.00641)	0.0790*** (0.00543)	0.0772*** (0.00534)	0.114*** (0.00634)	0.000181 (0.000323)
hc6	0.0248*** (0.00321)	0.0377*** (0.00449)	0.0635*** (0.0116)	0.0556*** (0.0110)	0.0620*** (0.0111)	0.0393*** (0.00939)	0.0388*** (0.00929)	0.0621*** (0.0114)	4.83e-06 (0.000444)
Size_2	-0.00984*** (0.00175)	-0.00651*** (0.00245)	-0.0118*** (0.00395)	0.00573 (0.00443)	-7.57e-05 (0.00390)	-0.00934*** (0.00297)	-0.00938*** (0.00290)	-0.00941** (0.00375)	0.000156 (0.000309)
Size_3	-0.0157*** (0.00215)	-0.0114*** (0.00301)	-0.0174*** (0.00497)	0.0531*** (0.00674)	0.0155*** (0.00545)	-0.00612 (0.00394)	-0.00795** (0.00381)	-0.0122** (0.00480)	0.000461 (0.000644)
Seguro_familia	0.0214*** (0.00143)	0.0299*** (0.00201)	0.0298*** (0.00336)	0.0220*** (0.00335)	0.0248*** (0.00307)	0.0209*** (0.00252)	0.0212*** (0.00247)	0.0263*** (0.00315)	-0.000337 (0.000276)
Constant	0.0331*** (0.00178)	0.0532*** (0.00250)							
Observaciones	29001	28967	29031	29031	29031	29031	29031	29031	17407

Fuente: Elaboración propia.

Errores estándar entre paréntesis

Significancia: \*\*\*1%, \*\*5%, \*10%

Referencias:

gb\_gt

Gasto de Bolsillo en salud sobre Gasto Total

*gb\_cp\_alimento*  
*gc\_e\_30*  
*gc\_paisa\_30*  
*gc\_paisb\_30*  
*gc\_intera\_30*  
*gc\_interb\_30*  
*gc\_endob\_30*  
*gemp\_inter*

*Gasto de Bolsillo en salud sobre Gasto en Alimentos*  
*Índice de Gasto Catastrófico (Línea=Alimentos; umbral=30)*  
*Índice de Gasto Catastrófico (Línea=Indigencia WD; umbral=30)*  
*Índice de Gasto Catastrófico (Línea=Indigencia OMS; umbral=30)*  
*Índice de Gasto Catastrófico (Línea=PPP WD; umbral=30)*  
*Índice de Gasto Catastrófico (Línea=PPP OMS; umbral=30)*  
*Índice de Gasto Catastrófico (Línea=Endógena; umbral=30)*  
*Índice de Gasto Empobrecedor (Línea=PPP; umbral=30)*

## **5. Gasto en Salud, Demanda Inducida y Mecanismos de Protección**

En las secciones previas se identifica la relevancia de los riesgos financieros vinculados con la salud a los que se enfrentan los hogares en Argentina, a partir del cálculo de una serie de indicadores estandarizados de gasto catastrófico y empobrecedor. De este ejercicio, surgieron algunos resultados que requieren de mayor análisis. En particular, se evidencia que la población con cobertura formal exhibiera una probabilidad de incurrir en un gasto catastrófico mayor que la población sin cobertura.

Siguiendo a Maceira (2010), los indicadores presentados se identifican con medidas de *Desempeño* del sector salud, en tanto ponen de evidencian su capacidad para proteger financieramente a la población ante un evento de enfermedad. Sin embargo, la exploración de esos resultados no permite conocer las conductas desplegadas por los actores del sistema que llevan a tales resultados.

Tomando el contexto económico, demográfico y epidemiológico de la población, los participantes del sistema de salud que conforman la estructura del sistema (pacientes, médicos, financiadores, Estado) definen su comportamiento y establecen interacciones que llevan a los resultados sectoriales. Tales resultados incluyen, entre otros, la tasa de mortalidad infantil, los niveles de acceso por subsistema y sector social entre otros, como también los indicadores evaluados previamente. Una lectura completa de los mismos, sin embargo, requiere volver hacia atrás a identificar cuáles son los incentivos que conducen la relación entre ellos y que dan lugar a estos resultados.

Particularmente, se inquiere sobre los patrones de conducta de la población y los mecanismos de inducción de demanda de las estructuras proveedoras y financiadoras del sistema sanitario, en tanto ellos califican los indicadores previamente calculados. A modo de ejemplo, un umbral de gasto catastrófico puede resultar reducido debido a una baja demanda del sistema, aún ante la presencia de necesidad (que no se traduce en consulta de salud). Paralelamente, la oferta del sistema, debido a la posibilidad de inducir demanda, lleva a niveles de gasto relativamente elevados para la población asegurada. Es por ello que el objetivo de esta sección es testear algunas hipótesis conductuales, proponiendo un marco de interacción estratégica entre los actores y sometiendo esta interacción a evaluación mediante un ejercicio econométrico en dos etapas.

El sector salud en Argentina cuenta con una amplia red de aseguramiento formal que alcanza aproximadamente un 65% de la población. Tal cobertura se lleva a cabo mediante institutos de seguridad social nacionales o provinciales, como de seguros privados de salud (medicina prepaga), con una proporción significativa de afiliados voluntarios. El subsistema público, aunque de acceso universal, encuentra una cobertura asociada a niveles de ingreso rezagados.

Tal como se argumenta en Maceira–Poblete (1998) y en Maceira-Reynoso (2008), esta estructura de aseguramiento da lugar a distintas posibilidades de absorción y redistribución de riesgo entre financiadores, prestadores y profesionales de la salud, donde los mecanismos de contratación y pago definen la estructura de absorción y transferencia de riesgo más importante. Al respecto, en los estudios mencionados se verifican ciertos hechos estilizados: el sector público tiene imperantemente un mecanismo de pago en base a salario fijo, en tanto, los contratos entre Obras Sociales Provinciales y Nacionales, prepagas y prestadores de la salud involucran, en su

mayoría, mecanismos de pago por prestación. La presencia de contratos capitados se calcula en aproximadamente un 10% del total.

De esta manera, la oferta de servicios (profesionales y clínicas), logra reducir su exposición al riesgo, al tiempo que exhiben incentivos a la sobre prestación, en un marco de información asimétrica. La hipótesis que se testeará en la presente sección es la siguiente:

**PROPOSICIÓN 1.** *Los profesionales de la salud incurren en una relación de agencia con los pacientes y tienen ventaja informativa. Aquellos médicos que atienden a través de obras sociales o prepagas son receptores de un mecanismo de pago tal que sus beneficios son maximizados cuanto mayores son los gastos en el sector salud. Ello evidencia un movimiento hacia la inducción de demanda de servicios a los pacientes, en función de su poder adquisitivo.*

La corroboración de esta hipótesis sobre el comportamiento de los agentes generaría una explicación plausible al resultado exhibido en los datos que indica que mayor cobertura formal, y en ocasiones mayores ingresos, profundizan la incidencia del gasto catastrófico.

Ante este esquema de operación del sistema de oferta de servicios de salud, los pacientes “reaccionan” utilizando para ello, y dentro de un marco de asimetría informativa, de las herramientas de las que disponen: mecanismos de autoprotección y prevención, y aseguramiento voluntario formal. Ambos se encuentran restringidos por variables financieras (disponibilidad de recursos y tiempo para llevar a cabo ciertas acciones) y epidemiológicas (riesgo sanitario real o aparente).

Así, la prescripción de servicios que requieran un desembolso de bolsillo por parte del paciente podría reducir la capacidad del mismo para cuidar de su propia salud a través de la prevención. Sin embargo, un contra-argumento surgiría desafiando a esta hipótesis nula: la estructura de incentivos podría ser tal que el mecanismo de inducción de demanda podría estar lo suficientemente generalizado como para implicar el aumento de todos los gastos en salud, incluso aquellos preventivos.

**PROPOSICIÓN 2.** *La posibilidad de realizar gastos en salud preventivos depende del gasto de bolsillo y de la efectividad del mecanismo de inducción de demanda. Por un lado, puede argumentarse que la sobre prescripción de servicios reduce la capacidad financiera del paciente para realizar autoprotección. Alternativamente, mayor gasto e inducción de demanda podría incentivar una rutina de autoprotección.*

### **Antecedentes**

En este marco, el Indicador de gasto catastrófico permite medir el peso de las erogaciones de bolsillo en salud familiar sobre el total de su gasto disponible, identificando el peso empobrecedor del mismo, aunque no necesariamente ello haga referencia a la necesidad u oportunidad de ese gasto. De tal modo, un bajo indicador podría ser síntoma de una limitada capacidad de captura de la necesidad por parte del sistema o, por el contrario, un proceso de inducción de demanda. La corroboración de esta hipótesis sobre el comportamiento de los agentes generaría una explicación plausible al resultado exhibido en los datos que indica que

mayor cobertura formal, y en ocasiones mayores ingresos, profundizan la incidencia del gasto catastrófico.

En respuesta a la desigualdad en las posibilidades de acceso a la cobertura de la salud, particularmente el sector salud argentino se ha hecho de un particular abanico de mecanismos de aseguramiento. Los mecanismos de aseguramiento social tradicionalmente han sido las herramientas elegidas por los tomadores de decisiones de política para hacer frente a tales desigualdades, bajo el entendimiento que los mismos permiten el establecimiento de fondos comunes con capacidad de distribuir los costos asociados con la atención de la salud.

Como se mencionara en las secciones introductorias de este trabajo, cierta literatura (Becker, Lustig, Wasgtaff; 2002) propone analizar los mecanismos de protección social como respuesta a los eventuales *shocks* financieros que las familias deben afrontar por causas de enfermedad. Ella sugiere la presencia de otros esquemas de protección adicionales a los mecanismos normativos de aseguramiento, vinculados con el “auto-seguro”<sup>7</sup> basado fundamentalmente en el ahorro de los hogares sin recurrir a mecanismos sociales o de mercado, y la “auto-protección”, originada en prácticas saludables que reduzcan la probabilidad de afrontar un estado de enfermedad.

Baeza et al (2006) logró reunir una serie de experiencias latinoamericanas con un enfoque metodológico consistente, intentando establecer el peso de cada mecanismo de protección

---

<sup>7</sup> Antecedentes inmediatos de los esquemas de “auto-seguro” familiar son los mecanismos de aseguramiento comunitario en naciones de muy bajos ingresos, el cual reconoce, por una parte, las limitaciones de los mercados de seguros y de crédito para atender las demandas de financiamiento de la salud, y propone, por otro lado, recrear en escala reducida una forma de riesgo compartido. Sus debilidades, asimismo, se encuentran definidas por su propia naturaleza: el tamaño del esquema y la capacidad de generar ahorro.

financiera. Particularmente, Maceira (2004) desarrolla para el caso argentino este argumento, tomando para ello la misma Encuesta Nacional de Gasto 1997 utilizada en las secciones anteriores. Allí se establece un diagrama de mecanismos (aseguramiento formal, auto-aseguramiento y auto protección) presentes en la Argentina, identificando la presencia de potenciales intersecciones entre ellos y midiendo el peso relativo de cada grupo.

El Cuadro 6 resume la cobertura relativa de cada mecanismo (en % del total de hogares), considerando los conceptos de ahorro y presencia de ejercicio físico, como criterios de captura de autoprotección y prevención, respectivamente. Ambos se combinan con mecanismos de cobertura formal y lugares de atención utilizados (servicios públicos o privados) ante el evento de enfermedad.

**Cuadro 6**  
**Porcentaje de Hogares por Mecanismo de Protección. Argentina, 1997**

		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
<b>Ahorra</b>	<b>Ejercicio</b>	1,1%	4,1%	0,3%	0,2%
	<b>No ejercicio</b>	7,7%	21,1%	3,4%	2,5%
<b>No ahorra</b>	<b>Ejercicio</b>	1,5%	4,0%	0,8%	0,4%
	<b>No ejercicio</b>	12,3%	24,0%	11,9%	4,7%

*Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH), 1997, INDEC*

Se observa que el 24% de los hogares del país utilizan el mecanismo de seguro convencional con exclusividad –ya sea seguro social nacional o provincial o seguros privados prepagos-, siendo éste el grupo más numeroso, seguido por la combinación de seguro convencional y auto-seguro,

con 21,1%. Por su parte, los grupos de hogares con mecanismos de auto-ahorro y auto-protección con exclusividad alcanzan el 2,5% y 0,4%, respectivamente. Adicionalmente, el grupo tomador puro de riesgo (sin ningún mecanismo de protección y sin concurrencia al hospital público) ascendía al 4,7% de las familias argentinas. Si se suma este grupo con aquellos sin ningún mecanismo de protección y con uso de instalaciones públicas, que constituyen en sí mismo el 12% de la población, el total de individuos con cobertura pública como único mecanismo de protección social alcanza el 16,7%.

Con el propósito de intentar un acercamiento a la evaluación de la Proposición 1 presentada más arriba, el Cuadro 7 exhibe el gasto promedio de bolsillo en salud excluyendo los gastos en planes de seguro como porcentaje del ingreso individual.

**Cuadro 7**  
**Gasto Promedio de Bolsillo en Salud\* *per capita* Ponderado**  
**(Porcentaje del Ingreso per Cápita Familiar). Argentina 1997**

		Cobertura		No cobertura	
		Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público	Concurrencia a hospital público	No concurrencia a hospital público
Ahorra	Ejercicio	2,6%	3,4%	4,4%	6,9%
	No ejercicio	4,7%	3,9%	2,7%	2,3%
No ahorra	Ejercicio	10,1%	6,8%	5,1%	5,9%
	No ejercicio	14,6%	12,5%	14,4%	9,9%

*Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH), 1997, INDEC*

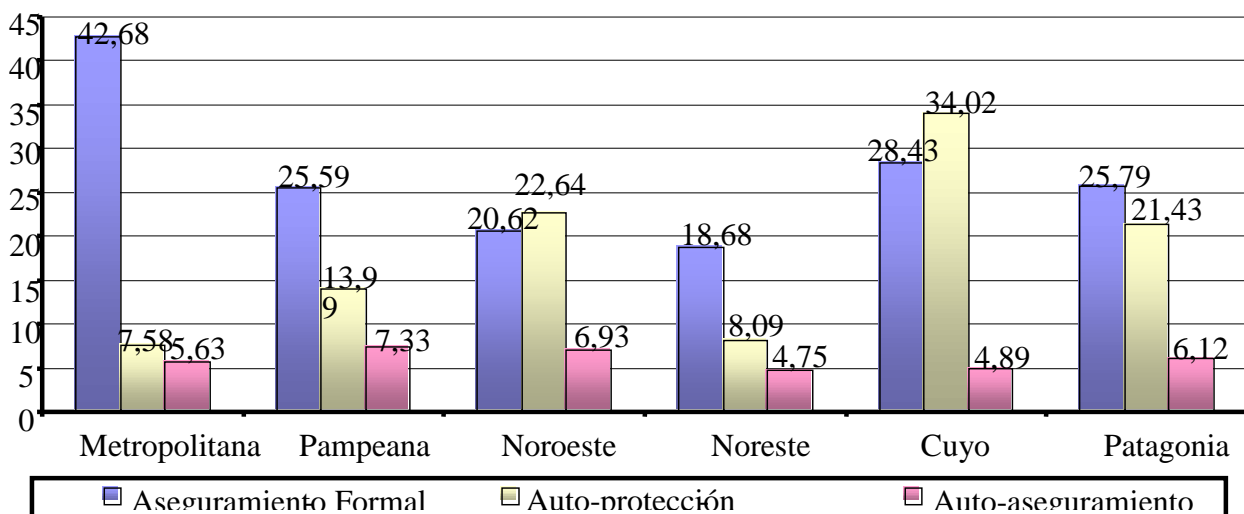
*\*Excluye el gasto asociado a afiliación privada de salud*

Tal como predice tal proposición, los individuos bajo el esquema de seguro formal excluyente constituyen el segundo y tercer grupo en términos de incidencia del gasto sanitario, dependiendo si acuden al hospital público o al sector privado como fuente de atención. De ese modo, un mayor gasto unitario podría estar determinando la existencia de mayor demanda inducida en los círculos

con presencia de esquemas de seguro y copago, incrementando los costos individuales y del sistema de salud. Alternativamente este indicador podría sugerir la presencia de selección de riesgo: los mayores gastos en los esquemas de aseguramiento formal son causa de un sesgo del paciente asegurado contra el promedio de riesgo de la población.

La Figura 4 muestra la relación de gasto de bolsillo para los tres mecanismos puros de protección, y para las seis regiones del país. En cuatro de los seis casos, se verifica que el mecanismo de aseguramiento formal genera gastos superiores, seguidos por los de autoprotección y auto aseguramiento, en ese orden. Asimismo, la brecha relativa de incidencia de los gastos de bolsillo ocurren en las zonas de mayor desarrollo económico y mayor densidad de oferta privada de atención de la salud (Metropolitana en primer lugar, seguido por Patagonia, Pampeana y Cuyo). Ello permitiría avalar la importancia de la demanda inducida y el tamaño de mercado sobre el monto gastado de bolsillo en el sector salud.

**Figura 4**  
**Gasto de Bolsillo según Mecanismo de Protección por Región**  
**(En Pesos de 1997)**



## **Modelo de decisión secuencial**

A fin de contrastar los enunciados de las proposiciones previas, se propone la modelación de la relación estratégica entre pacientes y médicos a partir de un juego dinámico con información asimétrica.

En una primera instancia de este juego estilizado, el paciente ingresa al sistema de salud, cuyas características de acceso dependen de su percepción de necesidad (explicada en parte por indicadores de condición general de salud y nivel educativo), como de su ingreso. Una vez dentro del sistema, el consumidor efectúa sus demandas de servicios de salud. Dependiendo de su tipo de cobertura, el paciente puede desarrollar distintas *conductas*: realizar consultas para reforzar su protección en salud, (consultas preventivas) o acceder al sistema sólo a través de consultas curativas. Sin embargo, la posibilidad de demanda de los pacientes se ve restringida por su capacidad para identificar sus necesidades y buscar tratamientos para lo cual recurre a la prescripción de los médicos expertos.

En el segundo paso del juego el profesional observa las características del paciente que ingresa al sistema de salud y de acuerdo a su diagnóstico, prescribe el consumo de ciertos servicios de salud. Tal *comportamiento* se encuentra influido en parte por variables de *estructura* del sistema de salud, en especial por los mecanismos de pago imperantes en cada tipo de seguro. En el caso argentino los mismos permiten sobreprescripción, lo que hace más probable la presencia de inducción de demanda.

En tanto cada evento de necesidad, consulta y prescripción puede ser identificado como un juego finito, el mismo se resuelve mediante el proceso de inducción hacia atrás. Económicamente, la implementación toma la forma de dos momentos de decisiones por parte de los participantes, analizándose en primera instancia la reacción del sistema de salud y luego, a partir de ello, la acción del paciente al momento de definir su consulta. La implementación empírica aquí propuesta no pretende conseguir el resultado perfecto en subjugos del juego, sino caracterizarlo para el caso local.

Para llevar a cabo este ejercicio se utiliza la información provista por la Encuesta de Utilización y Gasto de los Hogares de 2005, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina. La misma permite identificar por individuo, no sólo su tipo de cobertura, quintil de ingreso y educación, sino el gasto de bolsillo efectuado en el sistema de salud y la composición del mismo, abierto entre consultas preventivas, curativas y estudios clínicos.

La primera regresión estima el comportamiento de la oferta médica que prescribe servicios de salud. Empíricamente se modela a través de la siguiente relación:

$$GBnoV = \beta_0 + \beta_1 \underset{(+)}{quintil} + \beta_2 \underset{(+)}{OS} + \beta_3 \underset{(+)}{prepaga} + \beta_4 \underset{(+)}{cronica} + \beta_5 \underset{(+)}{educ}$$

Donde *GBnoV* representa todo gasto en salud que no sea voluntario, sino que requiera de la prescripción profesional.

Las variables explicativas en este caso son aquellas vinculadas con el nivel de ingreso y de educación, así como la presencia de enfermedades crónicas (como mecanismo de captura de

perfiles sanitarios intensivos en tratamiento) se esperan con coeficientes de signo positivo. Finalmente, las variables “obra social” y “prepaga” reflejan la probabilidad de sobreprestación en aquellos grupos con cobertura formal, corregido por nivel de ingreso y condición sanitaria. El Cuadro 8 presenta los resultados de esta implementación con dos especificaciones alternativas, tanto para el gasto total como para el no voluntario (prescripto) únicamente.

El nivel de ingreso se presenta a partir de las variables “quintiles”, como *proxy* del poder adquisitivo de los pacientes. Se verifica que respecto al primer quintil, la pertenencia a grupos de ingresos subsiguientes aumenta el monto de desembolsos en salud. La diferencia de coeficientes entre quintiles es muy amplia, llegando a duplicarse al variar de uno a otro, capturando el efecto ingreso del consumo en salud, aumentando el consumo de los grupos más ricos como capturando limitaciones de acceso de los económicamente más rezagados. Tal nivel de erogaciones muestra ser más alto en el indicador de gasto total (medido en pesos), donde la capacidad de aumentar autónomamente la demanda es mayor con respecto al componente no voluntario.

El efecto causal que interesa particularmente examinar se vincula con la presencia de seguros formales de salud, tal como se planteara en el análisis de la información para 1997 y se postulara en la *Proposición 1*. Tal como sugiere la hipótesis, los resultados indicarían que los hogares con seguros formales de salud, corregido por el nivel de ingreso, refieren un mayor gasto de bolsillo no voluntario, consistente con los hallazgos presentados en las secciones anteriores. Por un lado, la cobertura a través de una obra social induciría un aumento en el gasto de bolsillo en salud prescripto por el médico de alrededor de 72 pesos, el cual disminuye marginalmente cuando se consideran las derogaciones totales en salud. Por su parte, los hogares cubiertos por

prepagas aumentan su gasto en salud no voluntario en entre 1 y 2,5 pesos. En todos los casos los coeficientes muestran ser significativos al 99% de confianza.<sup>8</sup>

**Cuadro 8**  
**Segundo Paso: Necesidad, Cobertura e Inducción del Gasto**

	Variable Dependiente			
	Gasto de Bolsillo no Voluntario		Gasto de Bolsillo	
<b>Quintil2</b>	12.44*** (0.122)	12.61*** (0.12)	14.91*** (0.125)	15.06*** (0.123)
<b>Quintil3</b>	24.74*** (0.0997)	24.97*** (0.0977)	27.68*** (0.102)	27.92*** (0.0998)
<b>Quintil4</b>	41.47*** (0.124)	40.55*** (0.122)	49.33*** (0.127)	48.32*** (0.125)
<b>Quintil5</b>	81.98*** (0.133)	55.74*** (0.134)	100.00*** (0.136)	72.11*** (0.137)
<b>Obra Social</b>	72.77*** (0.0804)	72.17*** (0.0795)	68.50*** (0.0823)	67.85*** (0.0813)
<b>Prepaga</b>	1.388*** (0.117)	2.574*** (0.115)	36.69*** (0.120)	39.93*** (0.117)
<b>Crónica</b>	41.31*** (0.0984)	41.07*** (0.0963)	42.18*** (0.101)	41.90*** (0.0985)
<b>Secundaria Completa</b>		4.781*** (0.122)		5.440*** (0.124)
<b>Universitaria Completa</b>		293.7*** (0.355)		313.1*** (0.362)
<b>Constante</b>	-11,77*** (0.0774)	-12,42*** (0.0759)	-12,99*** (0.0793)	-13,7*** (0.0777)
<b>Observaciones</b>	15884189	15907161	15884189	15907161
<b>R-cuadrado</b>	0.103	0.140	0.111	0.151

Fuente: Elaboración propia

Nota: \*\*\*significatividad al 1%. Errores estándar entre paréntesis

<sup>8</sup> La diferencia entre ambos coeficientes (vinculados con afiliación a obras sociales y prepagas) requiere de mayor estudio a nivel de institución aseguradora. Por una parte, la gran cantidad de obras sociales, que superan las doscientos setenta, facilita la presencia de grandes variaciones en políticas de Coseguros, lo que permitiría explicar la mayor magnitud del coeficiente de las aseguradoras sociales. Asimismo, dados los altos niveles de ingreso relativo de la población afiliada a prepagas, es probable que las primas abonadas a estas instituciones permitan el pago de mayores precios por consulta por parte del seguro, como también mayores restricciones al cobro de pagos complementarios. Ambos elementos reducirían el incentivo (o la posibilidad) de copagos, permitiría explicar un coeficiente menor.

Por su parte, las variables vinculadas con la condición de salud y la educación del paciente mostraron ser significativas y positivas en la explicación del gasto de bolsillo en salud. En el primer caso, la dummy por presencia de enfermedad crónica requiere de la realización de estudios de control y tratamiento que superan a la media. Asimismo, el estudio no muestra diferencias en intensidad entre especificaciones, tanto para el modelo de gasto no voluntario como para el de gasto total, refiriendo a la característica inelasticidad de la demanda de servicios en tales casos.

Las variables categóricas de educación revelan mayor consumo, especialmente en los niveles universitarios completos. Por último, el coeficiente del gasto autónomo es negativo, mostrando la modalidad de autoaseguramiento como parte de los mecanismos de protección financiera en salud.

Estos ejercicios dan lugar a predicciones acerca del gasto no voluntario en salud, y en la *Proposición 2* se presenta la hipótesis sobre el modo en que podría operar esta restricción, eligiendo disminuir su opción de prevención o aumentando el incentivo a actuar retrospectivamente.

El primer paso del juego se presenta económicamente como un modelo simple de elección discreta en que el paciente elige demandar servicios de salud preventivos. Ejemplos de ellos son los controles de embarazo y las consultas por chequeos generales, sin motivo de enfermedad. La siguiente ecuación resume las dos especificaciones que serán presentadas a continuación:

$$P(\text{prevención}) = F(\beta_0 + \beta_1 \text{ quintil} + \beta_2 \text{ jefahogar} + \beta_3 \text{ Cobertura} + \beta_4 \text{ GB})$$

(+)
(+)
(+)
(+/-)

Donde la variable GB representa el gasto de bolsillo en servicios de prevención. La probabilidad, en el primer paso de demandar consultas de prevención depende, como se dijo, de las *Condiciones Básicas* del país y del sistema, de variables de Estructura y de la expectativa sobre el gasto que le será inducido por el profesional informado en el segundo. Se espera que todos los efectos sean positivos.

El Cuadro 9 muestra en primer lugar que se rechaza la hipótesis nula de riesgo moral, para todas las especificaciones. En efecto, el gasto esperado en salud no voluntario, no harían disminuir la probabilidad de efectuar autoprotección sino que lo aumentan, aunque en valores pequeños entre 2,5% y 3%. Los hogares con jefas de hogar mujeres, por su parte, experimentan mayores actitudes preventivas, incrementando la probabilidad de autoprotección marginalmente en alrededor de un 0,1%. Asimismo, del ejercicio econométrico se desprendería que la probabilidad de que algún miembro del hogar realice una consulta preventiva estaría marginalmente asociada a la presencia de cobertura.

**Cuadro 9**  
**Primer Paso: Gasto y Autoprotección**

	Variable Dependiente	
	Probabilidad de Realizar un Gasto en Servicios de Prevención	
<b>Quintil2</b>	0.0376*** (0.000334)	0.0370*** (0.000330)
<b>Quintil3</b>	0.150*** (0.000328)	0.148*** (0.000325)
<b>Quintil4</b>	0.114*** (0.000420)	0.110*** (0.000414)
<b>Quintil5</b>	0.163***	0.163***

	(0.000502)	(0.000501)
<b>Jefa Hogar</b>	0.00166*** (0.000195)	0.00270*** (0.000196)
<b>Cobertura</b>	0.0252*** (0.000102)	0.0258*** (0.000101)
<b>Gasto de Bolsillo</b>	3.92e-05*** (1.89e-07)	
<b>Gasto de Bolsillo NV</b>		2.95e-05*** (1.97e-07)
<b>Observaciones</b>	15907161	15884189
<b>Pseudo-R2</b>	0.0966	0.0931

*Fuente: Elaboración propia*

*Nota: \*\*\*significatividad al 1%. Errores estándar entre paréntesis*

Por último, el ingreso se presenta como la variable más relevante en la capacidad de generar prevención familiar: a mayor ingreso, mayor es la probabilidad de consulta preventiva. Sin embargo, las diferencias entre grupos son claramente más uniformes que en la estimación de los gastos de bolsillo. En el segundo quintil oscila en el 3% con respecto al primero, en tanto que pertenecer al tercer quintil relativo al primero aumenta la probabilidad de realizar consultas preventivas en alrededor del 15%.

## 6. Conclusiones

El presente trabajo propone la utilización de un grupo de indicadores estandarizados para la medición del gasto financieramente catastrófico y empobrecedor en el sistema de salud argentino. Para ello toma como base de información la Encuesta de Gasto de los Hogares 2005, la que es complementada a fines de estática comparada con su par de 1997.

A partir de ello, y considerando una variedad de alternativas en términos de medición de línea de pobreza y umbrales de empobrecimiento, se arriba a una serie de resultados que permiten la comparación entre grupos de hogares. Los parámetros de comparación incluyen niveles de ingreso y ubicación en zonas rurales o urbanas, como así también composición y escala del hogar, y afiliación a sistemas de aseguramiento formal en salud.

Los resultados muestran, con excepciones, cierta homogeneidad en los valores alcanzados entre indicadores y metodologías, con una incidencia de Gasto Catastrófico entre 14 y 9,2 en el umbral de 20% siendo tal incidencia decreciente con el nivel de ingreso. Las mediciones por ubicación del hogar afectan relativamente a las áreas urbanas sobre las rurales, del mismo modo que involucra más exposición a aquellos hogares con adultos mayores y menor escala.

Del análisis de estática comparada 1997-2005 se destaca una mejora sistemática hacia los grupos más desprotegidos en términos de ingreso (quintiles rezagados, ruralidad, familias numerosas y con niños). Ello refleja un sesgo pro-equidad en la política sanitaria luego de la crisis que culminara con la devaluación de la moneda en el 2001/2, y que acompañaría a la recuperación del mercado laboral.

Uno de los resultados más llamativos, contrastados tanto en el cálculo de indicadores para ambos años por tipo de población, como en el análisis multivariado de regresión se relaciona con el hecho de que la población cubierta por seguros formales de salud estaría más expuesta a los gastos catastróficos que la población no cubierta.

Esta línea de argumentación despierta un interrogante acerca de la interrelación de los consumidores con su contraparte prestadora en el sistema de salud. El mismo hace referencia a la posibilidad de los prestadores, dada su ventaja informativa, de inducir la demanda de servicios de salud en función de las capacidades adquisitivas de sus pacientes. Esta hipótesis, que sería consecuente con los valores de los indicadores presentados previamente, se evalúan a través de un ejercicio econométrico mediante la Encuesta de Utilización y Gasto de los Hogares del 2005, donde es posible establecer motivos de consulta y condición crónica de los pacientes.

Los ejercicios descriptos intentaron caracterizar los comportamientos o estrategias de cada uno de los jugadores involucrados en el juego sanitario de información asimétrica. Por una parte, los pacientes se incorporan al sistema de salud con una expectativa de flujo de gastos que le serán inducidos por los profesionales informados en función de los mecanismos de pago prevalentes. En respuesta a estas expectativas, los consumidores desarrollan una actitud de autoprotección, lo que generaría preferencias por los servicios preventivos.

A partir de estos resultados, la definición e interpretación del indicador IGC se enriquece, en tanto se pone de manifiesto que el mismo no sería necesariamente una medida unívoca de gasto *financieramente* catastrófico. Este indicador de desempeño del sistema refleja asimismo las capacidades de los individuos y del mismo sistema de identificar la necesidad de salud y lograr transformarla en demanda de tratamiento.

## **7. Referencias**

Baeza, C. y Packard, T. (2006), Beyond Survival. Protecting Household from health shocks in Latin America. Washington, Stanford University Press - The World Bank.

Becker G. y Ehrlich I. (1972), Market insurance, self insurance and self protection. Journal of Political Economy; 80(4).

Carrin, G. y C. James (2004), Reaching universal coverage Reaching via social health insurance: key design features in the transition period. Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation. WHO, Geneva.

INDEC, Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares, 1997 y 2005.

Instituto Nacional de Estadística y Censos: [www.indec.mecon.gov.ar](http://www.indec.mecon.gov.ar).

Lustig, N. (2001), Shielding the poor. Social protection in the Developing World. Washington DC: Brookings Institution Press.

Maceira, D. (2004), Mecanismos de Protección Social en Salud e Impacto de Shocks Financieros: El Caso Argentino, Serie Seminarios Salud y Política Pública, WP No.6. Buenos Aires: CEDES.

Maceira, D. (2006), Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino en Flood, C., La política del gasto social: Lecciones de la experiencia argentina, Editorial La Colmena, Buenos Aires, Argentina.

Maceira, D. (2010), Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en Argentina, Capítulo X en **CITAR LIBRO DE ESTUDIOS SISTEMICOS**.

Maceira, D. y Reynoso, A.M. (2008), Actores, Contratos y Mecanismos de Pago: el Caso del Sistema de Salud de Córdoba, Documento de Trabajo CEDES.

Maceira, D. y Pobrete, C. (2003), Estructura de mercado y mecanismos de pago en salud: Experiencias en la provincia de Mendoza, Argentina, 1989-1999. Desarrollo Económico, vol.43, N°171 octubre-diciembre.

McIntyre, D., Thiedea, M., Dahlgren, G. y Whitehead, M. (2006), What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine* 62: 858-865.

Ministerio de Salud y Acción Social, Encuesta de Utilización y Gasto en Salud de los Hogares, 2005.

Van Doorslaer, E., O'Donnell, O. et al. (2005), Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact. EQUITAP Project, WP Nro. 2.

Wagstaff, A. y Van Doorslaer, E. (2002), Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98. Washington, D. C., Banco Mundial.

Whitehead, M., Dahlgren, G. y Evans, T. (2001), Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?. *The Lancet*, 358.

Xu, K. (2005), Distribution of health payments and catastrophic expenditures Methodology. Geneva, World Health Organization.

Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. y Murray, C.J.L. (2003), Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*, 362.

Xu, K., Klavus, J., Kawabata, K., Evans, D.B., Hanvoravongchai, P., Ortiz, J.P., Zeramdini, R. y Murray, C.J.L. (2003), Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical, and Technical Challenges, en Murray C.J.L. y D.B. Evans, *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism*, Chap.39.