

Análisis del gasto de los hogares en salud en Argentina, como componente de la cobertura universal de salud

Analysis of household expenditure on healthcare in Argentina, as a component of universal health coverage

Roberto Ariel Abeldaño ¹

Abstract *The 2010 World Health Report of WHO established a conceptual framework for the analysis of the components of Universal Health Coverage; three dimensions were suggested: services coverage, financial coverage, and population coverage. Within this framework, health-related spending of argentine households for the year 2012-2013 are analyzed. The analysis was performed on data retrieved from the National Survey of Household Expenditure 2012-2013. Household healthcare expenditure indicators were built following Sherri's proposal (2012) and multivariate models were defined to identify determiners of household spending. Results indicate that catastrophic spending situations affect 2.3% of the country households, whereas impoverishment resulting from spending on healthcare was detected in 1.7% of them.*

Key words *Healthcare financial resources, Universal coverage, Public health*

Resumen *El Informe Mundial de Salud 2010 de la OMS delineó un marco conceptual para analizar los componentes de la Cobertura Universal de Salud, sugiriendo tres dimensiones: cobertura del servicio, cobertura financiera y cobertura de la población. A partir de ese marco, se analizan los gastos relacionados a la salud en los hogares argentinos en el año 2012/13. Para el análisis se utilizó como fuente de datos la Encuesta Nacional de Gastos de Hogares 2012/13. Se construyeron indicadores de gasto en salud de los hogares siguiendo la propuesta de Sherri (2012) y se definieron modelos multivariados para identificar determinantes del gasto de los hogares. Los resultados evidencian que la situación de gasto catastrófico en compromete al 2,3% de los hogares del país, mientras que el empobrecimiento debido al gasto en salud se encontró en el 1,7% de los hogares.*

Palabras clave *Recursos financieros en salud, Cobertura universal, Salud pública*

¹ Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba. Av. Haya de la Torre s/n, Ciudad Universitaria. Córdoba Argentina.
ariabeldanho@gmail.com

Introducción

El Informe Mundial de la Salud 2010 esbozó un marco conceptual para analizar los componentes de la Cobertura Universal de Salud¹ y sugiere tres grandes dimensiones:

a) La primera hace referencia a la oferta de servicios que están cubiertos (cobertura del servicio);

b) La segunda se refiere a la proporción de los costos totales cubiertos a través de seguros u otros mecanismos solidarios de cobertura de riesgos (cobertura financiera); y

c) La tercera dimensión es la relacionada con la proporción de la población cubierta (cobertura de la población).

En este marco de análisis, la primera dimensión representa la aspiración de que todas las personas puedan obtener los servicios de salud que necesitan, mientras que la segunda representa la aspiración de garantizar que la población no sufra dificultades financieras vinculadas al pago por servicios de salud en el momento en que los necesiten. La tercera dimensión refleja la distribución de la cobertura a través de diversos subgrupos de población, lo que en su conjunto realza la importancia de lograr la equidad en la cobertura por sexos, edades, lugar de residencia, condición de migrante, origen étnico y nivel de ingresos². En consecuencia, la cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación deben ser suficientes para cubrir a toda la población.

En este contexto, es útil distinguir que la mejora en la accesibilidad busca eliminar gradualmente las barreras financieras a la atención médica y evitar el empobrecimiento relacionado con la salud. La accesibilidad también está relacionada a la fracción del gasto de los hogares destinada a la salud sobre el gasto total de los hogares, en este sentido la protección financiera implica minimizar los pagos de bolsillo y la compensación por la pérdida de productividad debido a la enfermedad. Entre otras cosas la protección financiera aborda el riesgo de empobrecimiento debido a eventos catastróficos en salud, los pagos de bolsillo y los costos de transporte para llegar a los centros de salud especialmente en las zonas rurales³.

Una de las maneras de concretizar la protección financiera en la población es a través de la cobertura de obra social mediante un sistema de seguro social, el cual resulta de la aplicación estratégica de una política de seguridad social al amparo de los principios de solidaridad y univer-

salidad⁴. Esta estrategia de protección financiera se configura a través de un conjunto de transacciones mediante las cuales el pago de un monto determinado permite recibir otro pago si ocurren ciertos eventos⁵, cubriendo una parte de los riesgos naturales del ciclo vital relacionados a la enfermedad.

A partir de lo señalado en el marco de análisis de la cobertura universal de salud, y más específicamente en relación a la cobertura financiera, en este trabajo se propone analizar el gasto de los hogares argentinos en eventos relacionados con la salud durante el año 2012.

Metodología

Tipo de trabajo

Se realizó un trabajo de análisis de bases de datos secundarias a partir de los datos aportados por la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares de Argentina, realizada en aglomerados urbanos durante el período entre marzo/2012 y marzo/2013. La unidad de análisis de este estudio fue el hogar, ya que se considera que las decisiones sobre el empeño de los recursos para destinarlos al gasto en salud de alguno de sus individuos, frecuentemente son tomadas por la familia^{6,7}.

Fuente de datos

La Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2012/13⁸ se realizó en todo el país, a través de una muestra probabilística, polietápica y estratificada extraída de la Muestra Maestra Urbana de Viviendas de la República Argentina construida a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. En este trabajo se considera un n° de 20.895 hogares encuestados.

El organismo responsable del diseño fue el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, mientras que los organismos responsables del relevamiento en los hogares fueron las Direcciones Provinciales de Estadística del país.

El objetivo fundamental de la ENGH 2012/13 es aportar información sobre las condiciones de vida de la población y de hogares desde el punto de vista de su participación en la distribución y en la adquisición de los bienes y servicios.

La información de gastos se obtuvo usando una combinación de dos métodos de captación. Para los gastos habituales (alimentación, transporte público, cigarrillos, etc.), se solicitó a los miembros del hogar que durante la semana de la

encuesta realizaran anotaciones en los cuestionarios. En el caso de otros gastos, se realizaron entrevistas en las cuales los hogares informaron por recordación los gastos efectuados durante distintos períodos de referencia (en el último mes, dos meses, seis meses o en el último año, según el tipo de gasto).

El criterio para el registro de los gastos es el de gasto adquirido, por lo que se registra el valor de los bienes y servicios de los cuales el hogar toma posesión (o adquiere el derecho a recibir) durante el período de referencia, con independencia del momento en que el hogar cancela la compra y del período durante el cual los consume.

Los gastos corrientes comprenden los gastos de consumo final de los hogares y los gastos no imputables al consumo. El gasto de consumo es el valor de mercado de todas las adquisiciones de bienes y servicios, ya sean al contado o a crédito, que realizan los hogares para satisfacer sus necesidades. Se incluyen las adquisiciones de bienes y servicios realizadas por los miembros del hogar para consumo individual, colectivo y para regalar; los bienes y servicios que el hogar retira de algún negocio o empresa de su propiedad para su uso; los bienes y servicios que alguno de sus miembros recibe como remuneración en especie por su trabajo; y los bienes primarios producidos por el hogar para consumo propio.

Los gastos de consumo se clasifican en nueve divisiones: Alimentos y bebidas, Bienes y servicios varios, Enseñanza, Equipamiento y mantenimiento del hogar, Esparcimiento, indumentaria y calzado, Propiedades, combustibles, agua y electricidad, Salud, Transporte y comunicaciones.

En las variables de gastos y de ingresos la encuesta mensualiza los montos registrados para los respectivos períodos de referencia, utilizando los siguientes coeficientes: los gastos relevados con un período de referencia semanal, se multiplicaron por 4,3; los bimestrales se dividen por 2, los semestrales por 6, los anuales por 12.

En cuanto a los ingresos familiares, es necesario aclarar que las encuestas de hogares pueden estar sujetas a alguna limitación relacionada a la no respuesta o a la sub-declaración del ingreso, en comparación con las estimaciones aportadas por las cuentas nacionales^{9,10}, por parte de los entrevistados, fundamentalmente en la captación es de los ingresos en los quintiles más ricos⁶, de manera que se asume que a mayor cantidad de datos faltantes, mayor es el sesgo por no respuesta.

Los gastos de consumo en salud de los hogares relevados en la ENGH incluyen los productos medicinales y accesorios terapéuticos (medicamentos, elementos para primeros auxilios, aparatos y accesorios) y los servicios para la salud (sistema prepago de asistencia médica, consultas médicas y odontológicas, internaciones, parto, fisioterapia, análisis clínicos y radiológicos).

Indicadores

Para dar cumplimiento al objetivo propuesto, se construyeron tres indicadores básicos que responden a dos dimensiones del gasto de los hogares en salud, a partir de la propuesta de análisis sugerida por Sherri²: a) la incidencia del gasto catastrófico en salud debido a los pagos directos de bolsillo; y b) la incidencia del empobrecimiento debido a los pagos directos de bolsillo en eventos relacionados a la salud. La operacionalización de los indicadores que responden a esas dos dimensiones se detalla en el Cuadro 1.

Análisis estadístico

Primeramente se realizaron análisis descriptivos por jurisdicciones, y finalmente para modelar los factores que determinan el gasto en salud en los hogares argentinos se reconstruyó la variable "Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total del hogar". En este caso, dado que es

Cuadro 1. Indicadores y definiciones operacionales utilizadas

Dimensión	Indicadores: definición operacional
Gastos catastróficos en salud	
a. Incidencia del gasto catastrófico en salud debido a pagos directos de bolsillo	a.1. % de hogares cuyos gastos en salud exceden el 30% del gasto total del hogar. a.2. % de población cuyos gastos en salud exceden el 40% de los gastos no-alimentarios.
b. Incidencia del empobrecimiento debido a los pagos directos de bolsillo	b.1. % de hogares cuyos gastos en salud los sitúa por debajo de la línea de pobreza.

un porcentaje, se trata de una variable continua pero está restringida a valores entre 0 y 100.

En consecuencia se asume que la variable dependiente presenta la característica de censuramiento en dos puntos: en 0 y en 100. Esto se da cuando no todos los valores de la variable son observados, y estos son limitados hacia la derecha y hacia la izquierda. Es decir, los valores de la variable dependiente menores a 0 son censurados a 0 y los valores mayores a 100 son censurados a 100; por ejemplo, puede haber hogares donde su gasto en salud supera a su gasto disponible mensual (por ejemplo en la situación de que un hogar tenga un gasto disponible de \$10.000, pero debe afrontar una cirugía de uno de sus miembros con un gasto de \$15.000), entonces el gasto en salud como porcentaje de gasto disponible es > 100 , pero sólo podremos observar que el porcentaje es 100.

En el otro extremo, si un hogar no reporta gasto en salud, se asume como que esto no implica necesariamente la ausencia de gasto en salud sino que la cantidad que gastan es menor a la están dispuestos a gastar, por lo que su gasto en salud es reportado como 0. Este razonamiento se siguió de acuerdo a lo postulado por James Tobin¹¹, de manera que se optó por modelar la variable dependiente a través de una Regresión Tobit. Las variables regresoras se seleccionaron de acuerdo a la literatura disponible¹²: Sexo del jefe de hogar, Condición ocupacional del jefe de hogar, Nivel de instrucción del jefe de hogar, Cobertura de salud del jefe de hogar, Cantidad de menores de 14 años en el hogar, Cantidad de mayores de 65 años en el hogar y Decil de ingreso total del hogar. A partir de esto se calcularon los coeficientes para la variable latente “Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total del hogar”.

Consideraciones éticas

En virtud de que las bases de datos utilizadas son de acceso público a través de la página web del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, dicha institución ha codificado cada caso de análisis con técnicas de protección de la identidad de cada individuo encuestado, que sin mermar su utilidad a efectos estadísticos, impiden deducir, ni siquiera aproximadamente, cuál es el perfil de una persona concreta (Artículo 10° de la Ley N° 17.622 de creación del Sistema Estadístico Nacional Argentino).

Resultados

El 51,9% de los hogares reportó un gasto en salud equivalente a cero, mientras que la media del gasto en salud como porcentaje sobre el gasto total del hogar fue calculada en 3,95% (DE 8,72), de este cálculo se observa que el 72,3% de los hogares analizados se situó por debajo de esa media en el país.

A continuación se presentan los análisis de 3 indicadores:

- Los hogares con un gasto en salud superior al 10% del gasto total del hogar,
- Los hogares con un gasto en salud superior al 40% de los gastos no alimentarios del hogar, y
- Los hogares con empobrecimiento debido a los pagos directos en salud.

En el primer indicador, se identificó al 2,3% de los hogares del país con un gasto destinado a la salud superior al 30% del gasto total del hogar, observándose además en 11 provincias que este tipo de gasto involucra a un mayor porcentaje que el total país, éstas son: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, provincia de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, La Pampa, Mendoza, San Juan, Santa Fe y Tucumán (Tabla 1).

En el segundo indicador, el 3% de los hogares del país reportaron un gasto destinado a la salud superior al 40% sobre los gastos no alimentarios, observándose también que la situación empeora en las mismas provincias en las que se midió el anterior indicador, sumándose la provincia de Jujuy como una de las que tiene mayor proporción de hogares que el total país con este tipo de gasto de los hogares destinado a la salud (Tabla 1).

Con respecto al empobrecimiento debido a los pagos directos por eventos de salud, en primer lugar fue necesario realizar la estimación de la línea de pobreza para la base de datos de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2012. En este procedimiento se obtuvo una tasa de pobreza del 4,5% de los hogares, la cual se asume como aceptable en comparación con las estimaciones realizadas por el INDEC a través de la Encuesta Permanente de Hogares para el mismo período, reportando una tasa del 4,0%¹³. Luego de este procedimiento se observó un 1,7 de hogares en el total país que cayeron por debajo de la línea de pobreza como consecuencia de los pagos directos de bolsillo para cubrir eventos relacionados a la salud. En este punto también hay provincias que superan el porcentaje reflejado en el total país, como es el caso de Corrientes, Chaco, Formosa, La Rioja, Misiones, Salta, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los hogares según tipo de gasto de bolsillo en salud, por jurisdicciones. Año 2012. ENGH. INDEC. (n=20895).

Jurisdicción	Hogares con gasto en salud que excede el 30% del gasto total del hogar				Hogares con gasto en salud que excede el 40% de los gastos totales no-alimentarios				Hogares con empobrecimiento debido a los pagos directos de bolsillo			
	No		Si		No		Si		No		Si	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CABA	600	94,2	37	5,8	601	94,3	36	5,7	634	99,5	3	0,5
Bs. Aires	2251	97,3	63	2,7	2232	96,5	82	3,5	2280	98,5	34	1,5
Catamarca	889	98,8	11	1,2	881	97,9	19	2,1	889	98,8	11	1,2
Córdoba	651	96,4	24	3,6	650	96,3	25	3,7	670	99,3	5	0,7
Corrientes	988	96,9	32	3,1	981	96,2	39	3,8	973	95,4	47	4,6
Chaco	826	99,2	7	0,8	822	98,7	11	1,3	817	98,1	16	1,9
Chubut	758	97,8	17	2,2	755	97,4	20	2,6	771	99,5	4	0,5
Entre Ríos	685	97,4	18	2,6	682	97,0	21	3,0	696	99,0	7	1,0
Formosa	939	96,9	30	3,1	927	95,7	42	4,3	943	97,3	26	2,7
Jujuy	1001	98,0	20	2,0	987	96,7	34	3,3	1005	98,4	16	1,6
La Pampa	790	97,2	23	2,8	787	96,8	26	3,2	811	99,8	2	0,2
La Rioja	965	98,2	18	1,8	958	97,5	25	2,5	953	96,9	30	3,1
Mendoza	651	97,5	17	2,5	646	96,7	22	3,3	660	98,8	8	1,2
Misiones	1095	98,7	14	1,3	1088	98,1	21	1,9	1088	98,1	21	1,9
Neuquén	585	99,5	3	0,5	581	98,8	7	1,2	584	99,3	4	0,7
Río Negro	651	98,2	12	1,8	649	97,9	14	2,1	657	99,1	6	0,9
Salta	860	98,9	10	1,1	856	98,4	14	1,6	847	97,4	23	2,6
San Juan	691	96,1	28	3,9	683	95,0	36	5,0	702	97,6	17	2,4
San Luis	948	98,9	11	1,1	939	97,9	20	2,1	955	99,6	4	0,4
Santa Cruz	724	98,5	11	1,5	727	98,9	8	1,1	730	99,3	5	0,7
Santa Fe	717	96,9	23	3,1	701	94,7	39	5,3	735	99,3	5	0,7
S. del Estero	746	99,1	7	0,9	736	97,7	17	2,3	722	95,9	31	4,1
Tucumán	982	97,3	27	2,7	968	95,9	41	4,1	981	97,2	28	2,8
T. del Fuego	431	98,2	8	1,8	430	97,9	9	2,1	435	99,1	4	0,9
Total país	20424	97,7	471	2,3	20267	97,0	628	3,0	20538	98,3	357	1,7

Como se explicó en el apartado metodológico, se definió un modelo para estimar la variable dependiente “Porcentaje de gasto en salud sobre el gasto total de los hogares”, esta variable tiene doble censuramiento porque se encuentra en un rango entre cero y 100, donde sólo se observa el valor de la variable latente (el verdadero porcentaje de gasto en salud) cuando éste es menor o igual a 100 y mayor a cero.

De las variables ingresadas en el modelo original se decidió retirar “condición ocupacional del/a jefe/a del hogar” debido a que esta no resultó significativa. El resultado de la estimación sobre el gasto en salud en los hogares se observa en la Tabla 2.

Los coeficientes exhiben que con el incremento de un integrante menor de 14 años en el hogar,

la variable latente se incrementa en 2 puntos porcentuales. Ocurre lo mismo con el incremento de la cantidad de adultos mayores, pero en este caso implica el aumento de 26 puntos porcentuales sobre la variable latente de gasto en salud sobre el gasto total del hogar.

El nivel de instrucción del/a jefe/a de hogar también presentó una relación positiva, ya que a mayor nivel de instrucción se presenta un aumento en la variable latente de 9 puntos porcentuales; ocurre lo mismo con el decil de ingreso, ya que el aumento de una unidad en el decil de ingreso implica un incremento de 12 puntos porcentuales en la variable latente porcentaje de gasto en salud sobre el gasto total del hogar. En este punto se puede hipotetizar que a mayor nivel de instrucción y de ingresos puede existir un mayor

Tabla 2. Modelo de Regresión Tobit para la variable censurada porcentaje de gasto en salud sobre el gasto total del hogar. Año 2012. ENGH. INDEC.

	Coeficiente	IC 95%	
		Inf.	Sup.
Cantidad de menores de 14 años	3,54*	0,64	6,44
Cantidad de mayores a 65 años	26,28*	19,87	32,69
Nivel de instrucción del/a jefe/a de hogar	12,40*	11,1	13,69
Decil de ingreso del hogar	9,28*	7,56	11,00
Cobertura de salud del/a jefe/a de hogar	-61,09*	-69,52	-52,65
Sexo del/a jefe/a de hogar	-14,18*	-21,28	-7,08

* $p < 0,05$. N° de observaciones = 20895. 9889 observaciones censuradas a la izquierda en $y < 0$. 3762 observaciones no censuradas. 7244 observaciones censuradas a la derecha en $y \geq 100$.

nivel de alarma sobre los eventos de salud y por lo tanto un mayor consumo de servicios de salud, por ende mayor erogación; o dicho de otra manera, si el hogar no tiene los activos suficientes surge una imposibilidad de realizar el gasto en salud priorizando otros rubros de gasto en el hogar.

La condición de aseguramiento (tener cobertura de seguro de salud) y el sexo (masculino) del jefe de hogar se comportaron como variables que protegen contra el gasto en salud, ya que los coeficientes negativos implican que el gasto disminuye en 61 puntos si el jefe de hogar está asegurado y disminuye en 14 puntos porcentuales si el jefe es de sexo masculino.

Discusión

Las primeras conclusiones llevan a afirmar que respecto al pago directo de gastos derivados de eventos de salud, la situación de gasto catastrófico en salud compromete a 2 de cada 100 hogares a nivel país, mientras que en algunas provincias la situación puede ser desventajosa; a su vez, la situación de empobrecimiento debido al gasto en salud tuvo un comportamiento similar. Estudios previos reportan que en el año 1997 el gasto catastrófico en salud de los hogares argentinos fue observado en el 5,77% de los hogares a nivel país¹⁴, mientras que en el año 2004 este tipo de gasto se encontró en el 3,6% de los hogares¹⁵.

Ahora, en relación a los resultados descriptos por otros autores, el gasto de los hogares argenti-

nos en eventos de salud puede considerarse bajo, ya que otros países evidencian incidencias de gasto catastrófico entre el 10% y el 27% de los hogares utilizando el punto de corte del 40% sobre los gastos no-alimentarios¹⁶⁻¹⁸.

Con respecto a los factores determinantes del gasto en salud de los hogares, aquellos con mayor cantidad de integrantes menores de 14 años son los que más erogaciones tienen por gastos en salud -al igual que los hogares con mayor cantidad de integrantes mayores de 65 años-.

Las diferencias entre hogares asegurados y no asegurados a través del/la jefe/a de hogar es importante, ya que los hogares con un/a jefe/a de hogar asegurado/a puede tener hasta un 61% menos de gasto en salud. Lo cual va en consonancia con lo reportado en otros estudios, además es necesario enfatizar en la importancia de la cobertura de gastos en medicamentos y planes de salud materno-infantil¹⁹.

En este estudio no fue posible descomponer el gasto de los hogares en salud en sus elementos constitutivos. A pesar de esta limitación, existe evidencia que afirma que la mayor proporción del gasto en salud que destinan los hogares está representado por el gasto en medicamentos y por los gastos en atención médica. Ambos tipos de gastos tienen las siguientes características: el gasto en medicamentos puede tener un comportamiento elástico a medida que incrementan los ingresos, mientras que los gastos de atención médica son mayores para los niños más pequeños (esto último se justifica en que los niños en esta etapa de la vida requieren más atención médica)²⁰.

De estas dos premisas se puede sugerir que las familias que se encuentran en los deciles más bajos no pueden darse el lujo de incurrir en gastos para destinar a medicamentos ni para satisfacer las necesidades de sus hijos sobre el cuidado de la salud, de manera que las vías de solución frente a esto es que estas familias pueden tener acceso a los medicamentos proporcionados gratuitamente a través del sistema de atención del subsector público, y un aseguramiento de la atención integral que cubra las etapas de crecimiento y desarrollo de los niños, entre otras medidas protectoras de la salud en poblaciones específicas²¹.

Otro de los determinantes señalados por la literatura como un elemento importante en el gasto en salud de los hogares es la educación del jefe o jefa de hogar, ya que cuando los padres tienen mayor nivel educativo alcanzado tienen más probabilidades de salvaguardar la salud de sus hijos²², y además en una segunda instancia esto implicaría que serán capaces de afrontar los pa-

gos en caso de tener que financiar la atención de un problema de salud grave²³.

Además de los determinantes hallados en este trabajo, la literatura sugiere que una amplia gama de características de los hogares afecta a la probabilidad de incurrir en gastos en salud, entre ellos se puede mencionar el hecho de tener miembros hospitalizados o con enfermedades crónicas en el caso de la presencia de miembros con edad avanzada y con un jefe o jefa de hogar de edad avanzada²⁴, y también el hecho de utilizar efectores del subsector privado para la hospitalización de los miembros del hogar²⁵; sobre estos últimos se reconoce la limitación de no haber sido posible su exploración en este trabajo²⁶. Tampoco debe perderse de vista lo que señala Fazaeli, en referencia al desarrollo tecnológico de las últimas décadas en la biomedicina, ya que esto trae consigo un aumento de los gastos de atención de salud debido al desarrollo de tecnología, así como el aumento de la esperanza de vida, lo cual puede haber implicado algunos problemas emergentes con respecto al financiamiento de los gastos en salud de los hogares y del gobierno^{27,28}.

Como es de esperar, los gastos en salud cuando están presentes en los hogares, tienen un impacto mucho mayor sobre los hogares más pobres, es por ello que estas erogaciones están catalogadas como altamente regresivas⁶ si son consideradas en términos de porcentaje sobre el ingreso familiar. Por otro lado, si son consideradas en términos absolutos esos gastos crecen en los sectores con mayor ingreso familiar ya que existe la disponibilidad del recurso, mientras que en los hogares pobres el gasto es menor dado que el recurso financiero no está disponible.

Cualquier gasto en eventos de salud que afecte la capacidad financiera de un hogar para cubrir sus necesidades de subsistencia es catalogado como catastrófico y no necesariamente equivale a una "salud de alto costo". Aún los gastos relativamente bajos en salud pueden tornarse financieramente catastróficos para los hogares pobres. Esto sucede porque casi todos sus recursos disponibles son usados para cubrir necesidades básicas, de manera que son más vulnerables al enfrentar eventos que causen gastos en salud por muy bajos que sean, comparados con hogares más ricos^{14,29}. Es por ello, que desde hace más de una década, en la Argentina se inició un proceso de fortalecimiento a través de iniciativas introducidas en el país con el propósito de cumplir con las premisas de la Cobertura Universal de Salud.

Hoy, en base a la evidencia disponible se puede hipotetizar que la baja incidencia del gasto

catastrófico en salud de los hogares de este país puede deberse en parte al largo proceso de fortalecimiento de las políticas que tienen como población objetivo a los grupos más vulnerables. Entre estas políticas se puede mencionar al financiamiento del sector salud. En este sentido, los datos del Banco Mundial apuntan que en el año 2013, la Argentina destinó 45 billones de dólares para financiar el sistema de salud, lo que implica una inversión de 1074 dólares per cápita. El gasto que se destinó a la salud como porcentaje del gasto total fue del 32%, mientras que el mismo organismo informa que el porcentaje del PIB destinado a la salud en Argentina en 2013 fue del 7,3%, lo cual sugiere que Argentina destina una gran inversión orientada a la reducción de los problemas de inequidad en el financiamiento de los eventos de salud de los hogares³⁰.

Así también se cuenta con evidencia de otras políticas tienen un impacto positivo en la reducción en el gasto catastrófico, esto es la implementación de planes nacionales como el Programa Sumar de protección de salud para la población materno-infantil y el Plan Remediar³¹. Ambos planes se pusieron en marcha a principios de la década pasada. En el año 2004, el Gobierno Nacional creó el Plan Nacer con el objetivo de incrementar el acceso equitativo y la calidad de los servicios de salud priorizando a las mujeres embarazadas y niños de hasta 5 años. Luego en el año 2013, a través del Programa Sumar se amplió la población objetivo, los servicios de salud ofrecidos y se consolidó un modelo con mayor equidad en el acceso a la salud. Cabe señalar que la Asignación Universal por Hijo (AUH) y a la Asignación Universal por Embarazo (AUE) buscan sinergizar el efecto del Programa SUMAR en vistas al aumento de la cobertura efectiva y del fortalecimiento de la accesibilidad a la población más vulnerable³².

Por su parte, el Programa Remediar es un programa de alcance nacional creado en el año 2002, que tiene por objetivo garantizar la provisión de una canasta de medicamentos esenciales a través del envío de botiquines y otros insumos para centros de primer nivel de atención; esto persigue lograr el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del primer nivel de atención de todas las provincias³³. Este fortalecimiento de la atención primaria es una reconocida estrategia que impacta positivamente en el gasto en salud de los hogares, ya que este sector es en gran parte financiado y puesto a disposición hacia la comunidad por parte del sector público^{34,35}.

Se debe señalar que los resultados pueden ser sensibles a la metodología y a las definiciones uti-

lizadas para la formulación de los indicadores³⁶.

Si bien las definiciones de gastos catastróficos utilizadas en este artículo fueron más conservadoras que otros autores, se puede afirmar que por este motivo probablemente se subestime la proporción de hogares con gasto catastrófico. A pesar de ello, hay autores que afirman que

cuando una familia gasta un 50% o más de sus recursos financieros no-alimentarios es probable que caiga en situación de pobreza. En relación a esto, aún no existe un verdadero consenso sobre los puntos de corte a utilizar en el cálculo de los indicadores de gasto catastrófico en salud de los hogares^{16,37}.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de la Argentina por la beca de Posdoctorado.

Referencias

- World Health Organization (WHO). Health Systems Financing: The path to universal coverage. In: *The World Health Report*. Geneva: WHO; 2010. p. 3-17.
- Sherri H, Hatt L, Leegwater A, El-Khoury M, Wong W. Indicators for Measuring Universal Health Coverage: A Five-Country Analysis. *Bethesda*: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc; 2012.
- Scheil-Adlung X, Bonnet F, Wiechers T, Ayangbayi T. New approaches to measuring deficits in social health protection coverage in vulnerable countries. *World Health Report 2010*; Background Paper N° 56.
- Titelman D, Uthoff A. El papel del aseguramiento en la protección social. *Revista CEPAL* 2003; 81:103-122.
- Sojo A. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. *Revista CEPAL* 2003; 80:121-140.
- Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):719-731.
- Garcia LP, Ocké-Reis CO, Magalhães LC, Sant'Anna AC, Freitas LR. Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. *Cien Saude Colet* 2015; 20(5):1425-1434.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH). 2014. [accedido en 2015 jul 10]. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar>
- Salvia A, Donza E. Problemas de medición y sesgos de estimación derivados de la no respuesta completa a las preguntas de ingresos en la EPH (1990-1998). [accedido en 2015 jul 10]. Disponible en: http://ceyds.sociales.uba.ar/files/2014/07/a17_99.pdf
- Camelo H. Subdeclaración de ingresos medios en las encuestas de hogares, según quintiles de hogares y fuente del ingreso. CEPAL. [accedido en 2015 jul 10]. Disponible en: <http://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER2/30.pdf>
- Tobin J. Liquidity Preference as Behavior Towards Risk. *Review of Economic Studies* 1958; 25(1):65-86.
- Luna Ruiz GA, Morales Barrera R, Pérez Lizaur AB, Cruz Rívero C. *Los gastos catastróficos en salud: diferentes perspectivas de análisis (ENIGH y ENNViH)*. México: Universidad Iberoamericana; 2011. (Serie Documentos de Investigación. Instituto de Investigación sobre Desarrollo Sustentable y Equidad Social).
- Observatorio de la Deuda Social Argentina. *Comunicado de Prensa: Estimaciones de Tasas de Indigencia y Pobreza (2010-2012). Totales Urbanos. Informe Final*. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina; 2013.
- Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *Lancet* 2003; 362(9378):111-117.
- Cavagnero E. health sector reforms in Argentina and the performance of the health financing system. *Health Policy* 2008; 88(1):88-99.
- Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bull World Health Organ* 2006; 84(1):21-27.
- Onwujekwe O, Hanson K, Uzochukwu B. Examining inequities in incidence of catastrophic health expenditures on different healthcare services and health facilities in Nigeria. *PLoS One* 2012; 7(7):e40811.
- Brinda E, Rodriguez A, Enemark U. Correlates of out-of-pocket and catastrophic health expenditures in Tanzania: results from a national household survey. *BMC Int Health Hum Rights* 2014; 14:5.
- Knaut FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Bitran R, Campino AC. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud pública Méx* 2011; 53(Supl. 2):s85-s95.
- Malik MA, Syed A. Socio-economic determinants of household out-of-pocket payments on healthcare in Pakistan. *Int J Equity Health* 2012; 11:51.
- Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Desigualdades socio-econômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2011; 45(5):897-905
- Case A, Lubotsky D, Paxson C. Economic Status and Health in Childhood: The Origins of the Gradient. *Am Econ Rev* 2002; 92(5):1308-1334
- Silva M, Barros A, Bertoldi A, Andrade Jacinto P, Matijasevich A, Santos IS, Tejada CA. Determinants of out-of-pocket health expenditure on children: an analysis of the 2004 Pelotas Birth Cohort. *Int J Equity Health* 2015; 14:53.
- Li Y, Wu Q, Xu L, Legge D, Hao Y, Gao L, Ning N, Wan G. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. *Bull World Health Organ* 2012; 90(9):664-671.
- Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. *Bull World Health Organ* 2007; 85(8):600-606.
- Buigut S, Ettarh R, Amendah D. Catastrophic health expenditure and its determinants in Kenya slum communities. *Int J Equity Health* 2015; 14:46.
- Fazaeli A, Ghader H, Fazaeli A, Lotfi F, Salehi M, Mehrara M. Main Determinants of Catastrophic Health Expenditures: A Bayesian Logit Approach on Iranian Household Survey Data (2010). *Glob J Health Sci* 2015; 7(4):335-340.
- Gotsadze G, Murphy A, Shengelia N, Zoidze A. Healthcare utilization and expenditures for chronic and acute conditions in Georgia: Does benefit package design matter? *BMC Health Services Research* 2015; 15:88.
- Kawabata K, Xu K, Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bull World Health Organ* 2002; 80:612.
- El Banco Mundial. Datos del Banco Mundial. [accedido en 2015 oct 5]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.TBS.INCD/countries>
- Cavagnero E, Bilger M. Equity during an economic crisis: financing of the Argentine health system. *J Health Econ* 2010; 29(4):479-488.
- Núñez P. Investigación sobre resultados del Plan Nacer/Programa SUMAR. Biblioteca de investigaciones y estudios del Programa Sumar. 2015. [accedido en 2015 oct 5]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sumar/index.php/institucional/biblioteca-de-investigaciones-y-estudios-del-programa-sumar>

33. Programa Remediar. Impacto redistributivo del programa remediar en el gasto en Medicamentos. Ministerio de salud de la Nación. 2013. [accedido en 2015 oct 5]. Disponible en: www.remediar.gov.ar
34. Anbari Z, Mohammadbeigi A, Mohamma N, Ebrazeh A. Health Expenditure and Catastrophic Costs for Inpatient- and Out-patient Care in Iran. *Int J Prev Med* 2014; 5(8):1023-1028.
35. Young Lee W, Shaw I. The Impact of Out-of-Pocket Payments on Health Care Inequity: The Case of National Health Insurance in South Korea. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11(7):7304-7318.
36. Pal R. Measuring incidence of catastrophic out-of-pocket health expenditure: with application to India. *Int J Health Care Finance Econ*. 2012; 12(1):63-85.
37. Water HR, Anderson GF, Mays J. Measuring financial protection in health in the United States. *Health Policy* 2004; 69(3):339-349.

Artigo apresentado em 21/08/2015

Aprovado em 31/10/2015

Versão final apresentada em 02/11/2015